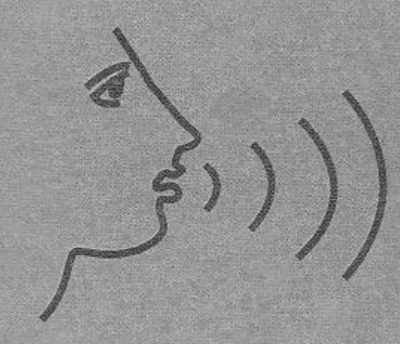
КНИГА II

НАРУШЕНИЯ ТЕМПА И РИТМА РЕЧИ

Заикание
Брадилалия
Тахилалия

Логопедия

Методическое наследие





Библиотека учителя-дефектолога

Пособие для логопедов и студентов дефектологических факультетов педагогических вузов

Под редакцией заслуженного деятеля науки Российской Федерации, профессора *Л.С. Волковой*

В пяти книгах

Книга II

НАРУШЕНИЯ ТЕМПА И РИТМА РЕЧИ

УДК 376.36 ББК 74.3 Л69
Авторы-составители: ***В.И. Селиверстов, Л.Г. Парамонова***Л69
Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов/Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. — М.: Гуманит, изд. центр ВЛАДОС, 2003. — Кн. II: Нарушения темпа и ритма речи: Заикание. Брадилалия. Тахилалия. — 432 с. — (Б-ка учителя-дефектолога).
18ВК 5-691-01211-8.
18ВЫ 5-691-01215-0(11).

В пособии представлены извлечения из работ известных отечественных и зарубежных авторов, касающиеся преимущественно методических подходов к преодолению заикания и расстройств темпа и ритма речи несудорожного характера, а также вопросов организации логопедической помощи заикающимся.

Пособие адресовано логопедам специальных (коррекционных) образовательных дошкольных и школьных учреждений, а также студентам дефектологических факультетов педагогических вузов.

УДК 376.36 ББК 74.3

ISBH 5-691-01211-8 18ВК 5-691-01215-0(11)

Содержание

От составителей

И А. Сикорский Особенности характера и темперамента заикающихся и условия, способствующие изменению настроения духа и ассоциации идей

*Д.Г. Неткачев*Заикание. Новый психологический способ лечения

И.И. Тартаковский Психология заикания и коллективная психотерапия

М.Е. Хватцев Комплексный метод преодоления заикания и особенности его применения для детей дошкольного возраста. Ускоренная речь. Замедленная речь

М. Зееман Дети с ускоренной речью (тахилалия)

*В.И. Селиверстов*Опыт организации летнего логопедического лагеря-санатория для заикающихся детей и подростков. Методическое письмо

Н.П. Тяпугин Лечение детей в преддошкольном, дошкольном и школьном возрасте

НА. Чевелева Система исправления речи у заикающихся школьников в процессе ручной деятельности

В.И. Селиверстов Принцип последовательности и систематичности в логопедических занятиях с заикающимися школьниками

И.Ю. Абелева, Л.П. Голубева и др. Речевые правила для заикающихся

В.С. Кочергина Расстройства темпа, ритма и плавности речи

С.М. Любинская Техника обучения методу аутогенной тренировки

С.И. Павлова О психологических особенностях заикающихся детей и подростков

В А. Ковшиков Специфика заикания при различных нервно-психических расстройствах

*А.В. Ястребова*Организация, содержание и принципы коррекционного обучения заикающихся учащихся младших классов

НА. Власова Комплексный метод лечения заикания у детей дошкольного возраста в условиях дневных стационаров и специальных детских садов

ГА. Волкова Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников

*Л.З.Арутюнян (Андронова)*Коррекция личности и нормализация функционального состояния в процессе работы над речью

*В.И. Селиверстов*Современный комплексный лечебно-педагогический подход к преодолению заикания

В.М. Шкловский Групповая психотерапия в процессе преодоления заикания

Л.Я. Миссуловин Психотерапия в устранении заикания. Аппарат АИР. Заикание у умственно отсталых детей

М.Е. Хватцев Заикание — недуг устранимый

От составителей

Проблема заикания, несмотря на многовековую историю ое изучения, до настоящего времени продолжает оставаться одной из наиболее сложных и недостаточно разработанных. Характерны самые разнообразные подходы к его изучению и самые различные попытки объяснения его механизмов, не раскрывающие, однако, до конца всей сути проблемы. Заикающиеся же самого разного возраста по-прежнему продолжают ждать от специалистов реальной помощи в преодолении своего столь мучительного недуга.

В связи с этим в данной подборке материалов мы уделили основное внимание методической стороне проблемы, направленной на оказание практической помощи заикающимся детям, подросткам и взрослым. В пособии нашли отражение вопросы классификации заикающихся детей и взрослых, к которым в процессе коррекционной работы невозможно подходить без учета их личностных и других особенностей.

Прежде всего здесь довольно полно освещен комплексный подход к преодолению заикания, учитывающий не только отдельные симптомы данного речевого расстройства, но и иесъ синдром в целом. Приведены также предложенные разными авторами методики преодоления заикания у детей дошкольного и школьного возраста, что позволит читателю использовать в своей работе конкретные методические рекомендации специалистов.

Освещены в издании вопросы индивидуальной и групповой психотерапии, в работе с заикающимися подростками и взрослыми, проблемы организации в нашей стране логопедической помощи заикающимся.

Кроме того, опубликованы материалы, касающиеся особенностей проявления и преодоления заикания у умственно отсталых детей, что сделано нами с учетом крайне недостаточной разработанности этого вопроса.

Составители надеются, что все эти сведения будут полезны как для настоящих, так и для будущих логопедов и дефектологов.

И.А. Сикорский

Особенности характера и темперамента заикающихся и условия, способствующие изменению настроения духа и ассоциации идей

Независимо от указанных трех признаков предрасположения к заиканию (т. е. фамильного заикания, фамильных нервных болезней и знаков вырождения) у подверженных заиканию лиц весьма нередко существует еще один признак, характеризующий предрасположение к болезни. Мы разумеем особенности характера и темперамента заикающихся. Что эти больные отличаются своеобразными душевными качествами, — это было известно уже первым врачам, наблюдавшим заикание. Но самые поучительные и точные сведения о своем характере дают сами больные.

Существенную черту характера заикающихся составляют робость и смущение в присутствии людей и вытекающая отсюда неуверенность в своих силах и даже нечто вроде неуважения и даже презрения к самому себе. Как только заикающийся находится наедине или в присутствии людей, которые оказывают мало влияния на его личность, каковы, например, дети, он почти вполне освобождается от робости и смущения. С психологической точки зрения это душевное состояние должно быть причислено к душевным волнениям и наблюдается у заикающихся то в острой форме скоропреходящего аффекта смущения и замешательства, то в более продолжительной — в виде постоянного настроения духа, которое только изредка оставляет больного и которое, таким образом, является почти неизменной чертой характера. В той и другой форме описываемое психическое состояние с субъективной точки зрения тягостно и составляет главную, не всегда, впрочем, высказываемую, жалобу больных, которых мучает не столько самое заикание, сколько то самочувствие, каким оно сопровождается или из которого оно вытекает.

Другую черту характера заикающихся составляет их чрезмерная впечатлительность, выражающаяся неустойчивым настроением духа: эти больные весьма легко приходят в смущение, и хотя скоро овладевают собою, но, несмотря на это, снова легко впадают в прежнее состояние под влиянием мелких обстоятельств, ничтожное значение которых признают и сами. Уже было замечено выше, что заикающиеся особенно чувствительны к впечатлению, производимому живой личностью. Они бывают как бы подавлены своим собеседником, и для многих из них человеческое общество до известной степени тягостно. Из этого источника у них возникает недоверие к людям и подозрительность, которую сами они понимают объективно и признают своим недостатком.

Третью особенность заикающихся составляют пылкость и яркость их фантазии, которая живо воспроизводит в их сознании сцены когда-нибудь пережитого смущения или иного душевного волнения. Подобные яркие воспоминания повергают их в стыд и краску даже тогда, когда они находятся наедине сами с собой. Здесь мы, очевидно, имеем внутреннюю сторону предыдущей черты, т. е. впечатлительности: больной приходит в аффект под влиянием представлений или воспоминаний точно так же, как при реальных впечатлениях. Благодаря этому некоторые сцены, пережитые больным, некоторые испытанные когда-нибудь давно в незапамятное время душевные волнения снова воскресают в памяти с яркостью свежего психического акта, и больной не может отрешиться от тягостных воспоминаний и заставить себя забыть их. Подобную силу обнаруживают не какие-либо крупные события — что было бы естественно, — а мелкие обстоятельства, ничтожность которых сам больной вполне сознает.

Четвертую черту характера заикающихся составляет относительная слабость их воли. Строго говоря, о слабости воли вообще у большей части заикающихся не может быть и речи, потому что они ведут свою жизнь вполне самостоятельно и обнаруживают надлежащую инициативу точно так же, как и здоровые люди; но известное отсутствие по временам волевого напряжения или известная нерешительность составляют чрезвычайно частое явление у заикающихся и идут рука об руку с душевными волнениями, от которых они, по всей вероятности, и зависят. Это качество также проявляется главным образом в присутствии посторонней воли.

Наблюдение показывает, что описанные черты характера стоят в самом близком соотношении с заиканием: они резче выражены в более тяжелых формах болезни, их наличность вызывает приступы судорог, их усиление ожесточает заикливость. Профессор Меркель, автор статьи о заикании, сам страдавший этой болезнью, говорит, что причина заикания заключается единственно^..> в психической сфере и главным образом в сфере воли; внешние же причины и психические влияния содействуют этому на столько, на сколько они могут оказывать влияние на душу.

Как мы уже выше сказали, заикающиеся ясно сознают свои психические ненормальности и описывают их вполне объективно. Меркель говорит, что заикание зависит от слабости воли, упадка духа, смущениЖ.. .> что заикание есть следствие известной несвободы, несамостоятельности духа по отношению прежде всего к органам речи, но что эти качества распространяются и на все существо заикающегося. К этим словам Меркель прибавляет, что сказанное им почерпнуто непосредственно из правдивой природы, именно из наблюдений над самим собой и над собственным заиканием<...>. Д-р **Винекен,** также страдавший неизлечимым заиканием, говорит об упадке духа у заик и в заключение замечает, что если бы ему нужно было коротко высказаться о заикании на основании личного опыта, то он сказал бы, что недостаток воли<...> составляет ближайшую причину заикания. Один

из наших больных, врач, следующим образом характеризует свое душевное состояние: расположение духаболъ-шей частью мрачное, мысль о недостатке (заикании) тяготит душу; возбудимость чувства повышена; пустяки возбуждают смех, пустяки же я огорчают; иногда к этому еще присоединяется подозрительность. Другой наш больной — студент называет свой характер робким и застенчивым от природы, ему кажется, что все на него обращают внимание и чувствуют к нему сострадание, и мысль об этом более всего удручает его. Еще один молодой человек говорит, что его располагает к заиканию смущение и апатия, называет свой характер впечатлительным, говорит, что самый пустой факт способен его растрогать или обидеть<.. .>,

Условия, изменяющие настроение духа и ассоциации идей

Воздействия, относящиеся к этой категории, имеют весьма важное значение в ряду терапевтических мер против заикания. Они имеют целью создать для больного такую нравственную обстановку и окружить его такой психической атмосферой, которая бы содержала в себе ряд условий, неблагоприятных для заикания и содействующих нормальной речи. Сверх того, условия эти должны быть ассоциативно связаны с функцией речи таким образом, чтобы всякое намерение начать речь вызывало к действию и эти условия: следовательно, речь и благоприятные для нее условия выступают единовременно. Таков смысл разбираемых воздействий. Для достижения задачи можно пользоваться: а) же-стами и мимикой,б)внешними формами речи, в) внутренним содержанием ее.

а) Жесты и мимика заикающихся носят в себе массу своеобразных элементов, и их можно разделить на несколько групп. Одни бесспорно отражают собою настроение духа в текущую минуту; другие имеют свойства и значение заикливых судорог, распространившееся и на язык телодвижений: они носят судорожный характер и сочетаются с другими судорожными движениями артикуляторных органов; третьи носят несомненный характер самобытных инстинктивных терапевтических приемов и имеют такое же значение, как замедленная речь, произносимая важным авторитетным тоном. Об этих жестах сами больные говорят как о приемах преднамеренных, сознательных или полусознательных, которые помогают им избавиться от заикания.

Как показывают факты, приведенные выше <...>, больной, вызывая к действию известные жесты и мимику, тем самым возбуждает в себе зачаток того душевного настроения, которое выражают эти жесты; например, посредством смелого взора и выпрямления туловища больной старается возбудить в душе бодрость и смелость подобно тому, как трусливый человек громким голосом и притворной смелостью возбуждает в себе бодрость духа. Этими приемами сами больные иногда успевают сделать весьма много для своего излечения. Опыт больного должен быть принят во внимание при терапии.

Мимика и жесты могут сделаться орудием психического лечения заикания таким образом, что врач-руководитель, избирая наиболее полезные и пригодные для больного жесты, старается по преимуществу обучить его этим внешним приемам, как форме, подобно тому как актер обучается выражать внешними знаками внутреннее содержание, например, мужество, уверенность, независимость характера и т. д. Для обучения этому, в применении к нашей задаче, могут достаточно послужить разные руководства к сценическому искусству.

б) Выразительное чтение. Единовременно с изложенными сейчас упражнениями больной обучается выразительному чтению, чтобы иметь возможность и жестами, и интонацией выразить содержание читаемого.

Для того чтобы указанные под литерами а и б приемы, т. е. жесты, мимика и внешние формы выразительного чтения, нашли себе надлежащее терапевтическое применение, избираются для чтения больным или больному отрывки различного содержания в прозе и стихах. Выбор отрывков имеет существенное значение.

в) Содержание читаемого должно вызывать те чувства, то настроение духа и те ассоциации, которые могут быть полезны как терапевтические меры и которые больной уже приучился выражать соответственными жестами, мимикой и интонацией. Выбору сюжетов для чтения при лечении болезней речи придавали значение врачи классической древности, и это показывает, как высоко стояли они в понимании таких сложных расстройств, как заикание. В главе о речевых упражнениях — Антилл говорит: «Тот, кто не лишен литературного образования, должен прочесть на память отрывок, какой ему покажется лучше и где встречаются переходы от нежного мягкого языка к суровому, диком у; кто не знает эпических стихов, пусть читает ямб; элегия должна занимать третий ряд, лирическая поэзия — четвертый. Упражняющемуся лучше читать наизусть, нежели по книге». Мы уже указали выше значение содержания и его влияние на заикающихся, именно — эпическая поэзия представляет объективный рассказ, ведущийся от имени одного лица, и читающему легко уловить тон рассказа, приспособиться к нему и усвоить его, в лирике же — наоборот, и, кроме того, лирике присущ элемент, действующий на чувство, способный колебать у заикающихся настроение духа. Важное значение и влияние содержания читаемого на заикание оценено и новейшими авторами. Блюме очень тонко замечает: «Чтобы обеспечить больного в жизни от всяких душевных волнений, следует в качестве последнего упражнения давать ему читать драмы, потом комедии и, наконец, трагедии; сначала следует предоставить ему читать только одну роль, потом несколько, чтобы вызвать в нем различные настроения духа при смене тона». В самом деле, порядок чтения и последовательность соображены в этом совете чрезвычайно тонко. Опыт показывает, что заики легче всего читают эпические рассказы, элегия и лирика им даются труднее, а драма всего труднее.

В выборе отрывков для чтения должна быть строго проведена идея — дать больному чтение, которое своим содержанием вызвало бы необходимое для терапии настроение духа и ассоциаций — это одна сторона дела; другая состоит в том, чтобы обучить больного искусству выразительного чтения и тем дать ему в руки средство производить своим чтением и речью художественное впечатление на самого себя. Когда больной в этом достаточно успел, ему будет легко умственным путем вызвать соответственное состояние духа совершенно так же, как воспоминание грустного или веселого мотива у здорового человека вызывает то мимолетную грусть, то веселость.

Все изложенное касается пока общей формальной стороны дела, теперь переходим к конкретной.

Когда больной достаточно успел в обучении выразительному чтению, врач тщательно подбирает содержание и внешние формы исполнения чтения как материал для психического воздействия на пациента, сообразно особенностям его характера, его слабым сторонам и недостаткам <...>. Если больной отличается, как это нередко бывает, крайней робостью, конфузливостью, врач избирает торжественное содержание и трескучие отрывки, исполняемые громким голосом, и этим чтением и исполнением воспитывает в больном те состояния духа, которые для него менее привычны, мало в нем разработаны или подавлены преобладанием других душевных волнений. Если больной отличается упадком духа, недоверием к себе, избирают для упражнения серьезные темы, требующие важного авторитетного тона. Если же больной — субъект крайне чуткий, легко волнуется, избирают на первое время упражнения в эпической поэзии, которые приучают больного к объективной спокойной речи. Без сомнения, нельзя думать, что подобного рода упражнения переделывают характер, хотя отчасти и это действительно достигается таким психическим уходом за больным; но в лечении заикания гораздо важнее форма, нежели содержание: важно то, чтобы больной, как актер, мог передать известное душевное состояние, войдя в роль исполнителя, чтобы он приобрел навык менять без труда состояние духа, если оно является толчком к заиканию (строго говоря, не менять, а подавить его и тем защитить себя от его влияния на речь). В этом главная задача.

Изложенные упражнения имеют высокое практическое применение, так как они дают больному возможность легко перейти к тому индивидуальному говору, к той индивидуальной речи, которая описана выше<…> и которая необходима для больного как совершенно верное средство против заикания. Упражнения покажут, какого рода форма речи, манеры и внешний психический тон более всего обеспечивают больного и должны войти как составная часть в его индивидуальную речь, понимая ее в широком смысле как язык слов и жестов.

Профилактика заикания

Из фактов, приведенных в отделе этиологии, видно, что заикание представляет собою болезнь наследственную. Три четверти заикающихся получили природное расположение к болезни, и одна четверть заболела по причинам случайным. В числе случайных причин первое место занимает испуг <...>. Таким образом, причины заикания просты и очевидны, тем не менее ряд мероприятий против появления болезни представляет собою сумму довольно сложных условий, главнейшую из которых мы постараемся наметить.

Что касается прежде всего предохранения детей от испуга, то было бы недостаточно ограничиться заботой об удалении и отстранении условий, способных испугать; необходимо дать ребенку такое воспитание, которое бы сделало его менее восприимчивым к страху и предохранило бы его от более тяжких и опасных форм этого душевного волнения. Подобная цель достигается двояким путем, а именно: 1) путем развития в ребенке здоровых сильных чувств на счет слабых форм их и 2) развитием и упражнением воли ребенка в искусстве подавления душевных волнений и физических ощущений. Такое воспитание ребенка, являясь- для него источником истинного психического прогресса, вместе с тем может послужить началом, предохраняющим от опасных последствий испуга.<...>

Независимо от указанного основного требования не менее важны и другие предохранительные меры. Сюда относится прежде всего:

Тщательное наблюдение за ходом развития речи у ребенка, как предрасположенного к заиканию, так и здорового, с целью предупредить те ненормальности в ходе этого развития, которые являются предвестниками заикания. При появлении этих предвестников необхо димо обратить особое внимание на правильное развитие речи, сделав предметом систематических упражнений голос ребенка, выговор букв, интонацию и пр. по правилам, которые будут изложены ниже.

Во-вторых, необходимо — заботиться, чтобы умственное развитие ребенка не брало перевеса над его физическим развитием и чтобы на этой почве не возникло состояние психического утомления, которое обнаруживается прежде всего увеличенной возбудимостью и неспособностью сдерживать душевные волнения, т. е. такими условиями, при которых случайный испуг может возыметь опасное влияние и вызвать заикание.

В-третьих — необходимо обратить особое внимание на методическое развитие системы произвольных движений с помощью игр и гимнастики. В особенности необходимо при этом озаботиться развитием того широкого отдела производимых движений, которые относятся к голосу и речи. Сюда входит всестороннее упражнение детей в пении, чтении и декламации. Необходимо придать этим упражнениям ги-гиеническое значение, а не одно лишь педагогическое, тщательно заботясь о развитии сильного, отчетливого и свободного действия аппаратов голоса и речи. Надлежит стать в этом отношении на точку зрения врачей классической древности; необходимо внести в отдел общей или школьной гигиены: *задачу развития груди, упражнение голоса, разговора, чтение и декламацию.* Все эти упражнения независимо от своей непосредственной цели — развития речи — будут содействовать вместе с тем укреплению воли, согласно афоризму Гиппократа: «…», т. е. упражнение голоса, а именно: декламирование, чтение, пение возбуждают душу. Эта превосходная мысль отца научной медицины доселе не утратила своего глубокого значения, и мы с особою настойчивостью указываем на необходимость ее применения на практике.

Сикорский И.А. О заикании. — СПб., 1889. — С. 175—177; 299—302; 241—243.

Д.Г. Неткачев

Заикание. Новый психологический способ лечения

Изложение психологического метода

Неудовлетворительность существующего дидактического способа. Его вред и нерациональность по отношению к заиканию как чисто психическому страданию. Психотерапия вообще. Описание самого способа. Его основы. Какими мерами достигается практическое осуществление метода.

Способы лечения заикания до настоящего времени неудовлетворительны, потому что имеют дело с физической стороной страдания, и меньше всего принимается во внимание главная основа болезни — психическая. Общепринятый метод в Европе и у нас для лечения заик, так называемый «дидактический» , — очень близкий к методу для обучения глухонемых, — употребляется еще до сих пор как последнее слово науки.

Он состоит из продолжительных упражнений дыхания, голоса и артикуляции, причем главное внимание обращено на глубокие дыхательные движения. Достаточно взглянуть на любой самоучитель или руководство для лечения заикания, безразлично *иностранных* или *русских* авторов, чтобы убедиться в этом.

При этом невольно поражаешься обилием белых страниц, составляющих обыкновенно содержание почти всей книги, на которых начертаны горизонтальные и вертикальные линии, то сплошные, то перерывистые — это все наглядные образцы дыхания, выдыхания и пауз.

Нужно полагать, что такой план дыхательных упражнений, начертанных на сотнях страниц, имеет свое основание, и значит, такой дыхательной гимнастике придается первостепенное значение, тем более что таким упражнениям приписывается громкое название «рациональных речевых движений» для отучения больного от судорог в двигательном аппарате речи.

Следовательно, думают судорожные речевые движения заик изменить путем только чисто физических приемов, в виде описанных упражнений, растянутых на 2—4 месяца курса лечения. Ясно, что здесь рекомендуется лечение по пословице: «клин клином вышибай». Но это глубокое заблуждение.

Дело в том, что еще до сих пор судорожное расстройство дыхания считается само по себе одной из главных, если не единственной причиной возникновения и развития заикания, еще до сих пор говорят в этих учебниках, что в детском возрасте заикание есть чисто физический недуг.

Не говоря уже про нелепость такого воззрения, по которому движения (хотя бы судорожные), являются первичным фактором психофизиологического явления, необходимо сказать раз навсегда, что по законам физиологии и психологии, а следовательно, и с точки зрения психологической теории, всякие движения, а в том числе и дыхательные, в процессе речи рассматриваются и должны рассматриваться как вторичные явления, а первичными будут ощущения, представления, эмоции. В случае же заикания такими факторами будут те же представления, ощущения, эмоции, но только в форме еще более сильных навязчивых, болезненных возбуждений.

Такие навязчивые мысли, страхи существуют у заик и на самом деле, например, навязчивая мысль: «я заикнусь» перед началом всякого разговора или «это слово трудное, его не скажу», или «на меня смотрят», или «надо мной смеются» и т. д. Такие предшествующие представления, вследствие долговременной практики, у заик делаются быстрыми, моментальными и, во время общего судорожного возбуждения, даже плохо сознаваемыми. А раз это так, если судороги речевые психического происхождения, то к чему здесь дыхательная гимнастика как средство излечения от заикания?

На этом основании *дыхательная гимнастика совершенно игнорируется психологическим методом не только по своей бесполезности, но и потому, что она вредна, внушая больному ложную мысль, что он избавится от заикания благодаря дыхательным движениям (искусственным), а не общему психологическому преобразованию всей своей личности.*

Заика, как очень впечатлительный человек, и без того страдает избытком внушаемости, и вместо того, чтобы

приобрести смелость и победить в себе страх, он принужден думать о дыхании, как спасительном средстве, и нет ничего невероятного, что такой дидактический способ лечения создает ему новые уловки и новые навязчивые мысли — думать ежеминутно о том, как вздохнуть, удержать или выпустить своевременно дыхательную струю.

В моей практике было немало таких случаев, и требовалось значительное время и долгие усилия, чтобы уничтожить такие искусственно созданные внушения.

Общий закон для всякого навыка, в том числе и для речи, состоит в том, что он должен совершаться бессознательно.

Между тем как дыхательные упражнения, продолжительно практикуемые, лишают речь такой бессознательности и естественности. Кроме того, дыханием мы можем управлять, когда спокойны, когда говорим в присутствии близких, знакомых, но как только взволнуемся, то так вздохнуть, как в спокойном состоянии, мы не можем, потому что это уже не в наших силах, так как тут дыхательная функция служит эмотивному возбуждению. Поэтому нужно заранее побеждать эмоцию, волнение и тогда, когда мы опять спокойны, дыхание в нашем распоряжении, и чем меньше мы его чувствуем, тем и речь наша делается бессознательнее с этой стороны, а потому и лучше.

Психотерапия всякого невроза чрезвычайно трудна и продолжительна, прежде всего, по самой сущности психопатологического процесса, развившегося на протяжении многих лет и сросшегося более или менее прочно с личностью больного в его болезненной манере наблюдать, понимать, чувствовать и действовать.

Помимо всего этого трудность возрастает и в силу того, что до сих пор еще нет ясно выработанных мер и показаний как общих, так и частных. До настоящего времени дело лечения ограничивается общими фразами, общими советами и рассуждениями, но как применить это лечение в каждом конкретном случае — об этом приходится лишь догадываться.

Уже выше мы упомянули, что в книге одного только профессора Сикорского собраны практические упражнения, которые составляют собой план психического лечения заикания, но наряду с ними, однако же, в ней и дидактическому методу придается не меньшее значение.

К сожалению, такими сведениями мы только отчасти можем воспользоваться, так как рекомендуемые меры основаны на другом понимании сущности заикания, на другой оценке характера заики, и его «уловкам» придается творческое, непогрешимое значение, благодаря чему такие «уловки», равно как и все виды «сложной искусственной речи», выработанные по дидактическому методу, входят потом, как целесообразные приемы, в систему психического лечения.

С этим мы никак не можем согласиться. У нас только одна естественная речь считается надлежащим психологическим приемом. Зато в этом отделе даны ценные указания на упражнения в умственной речи, обращено должное внимание на выработку редакций фразы и постепенное приучение заик к разговору в обществе, выставлены также подробно роль и значение врача-руководителя.

Нет сомнения, в высшей степени важно личное обаяние врача на больного, его такт, ласковое обращение с больным, необходимость вызвать доверие со стороны последнего, но всего этого мало.

Главное, в глазах больного, будет всегда успех и душевная перемена с ним, перемена, основанная не только на слепой вере в могущество знаний врача, а вера рациональная на основании собственного убеждения и опыта, — вот эта чисто практическая сторона, как достигнуть такого скорого успеха, какими ближайшими и верными средствами, и составлет слабую сторону общих мест психотерапии в лечении заикания и других психоневрозов.

Особенно такая бедность точных сведений и положительных верных средств со стороны психотерапии наблюдается в отношении заикания.

Таким образом, за недостатком таких надежных, терапевтических мер в психотерапии заикания, нам пришлось, после долгих наблюдений, изучения и опытов, выработать следующий метод лечения, названный мной «психологическим», так как он имеет целью пересоздать весь душевный строй заики путем чисто психологических приемов. Заикание, как психическое страдание, должно и лечиться психическими средствами. Всякому известно, что самая речь есть чисто психологическая функция — орудие для выражения мыслей, чувства и воли.

По отношению к заиканию вопрос осложняется тем, что требуется самого больного сделать активным, заставить работать над собой, возбздить в нем самодеятельность и самовоспитание, направляя его внимание и волю, а равно все мышление и воображение на новые пути. Словом, требуется пересоздать всю его трусливую личность при его же активном участии.

Таким образом, исходя из вышеуказанных положений по поводу дыхания и принимая во внимание весь состав симптомов клинической картины заикания, способ его происхождения и дальнейшего развития, — необходимо признать следующие главные и общие цели, которые должен преследовать психологический метод.

Прежде всего он стремится у заики изменить болезненное, боязливое ощущение сначала двигательное, а потом и другие: слуховые, зрительные, осязательно-мускульные, замещая их новыми и смелыми, уверенными. Далее необходимо расширить границы и объем спокойного, объективного наблюдения и научить руководиться выводами из него, как мотивами поведения, а не минутными побуждениями своей эффективности.

Не менее важно развить и укрепить произвольное внимание, память и воображение на почве новых образцов собственной смелой речи и на примерах своего поведения. Одновременно с этим упражнять ежедневно и широко его волю в направлении самостоятельных речевых поступков по мотивам смелости, спокойствия и самообладания, обнаруживая такое поведение не только дома в спокойной обстановке, но и во всех ответственных положениях. Полезно научить пациента критически относиться к себе, развивая чувство ответственности за каждый свой шаг (он виновник и хорошей, и дурной речи). В то же время безусловно необходимо научить его — бросить все уловки и не создавать новых, так как и он принадлежит в области воли, но воли боязливой, слабой, неуверенной. Требуется совместная борьба и борьба непрерывная с навязчивыми мыслями и фобиями (к людям, трудным словам) на основании подробнейшего знания механизма возникновения последних.

Наконец, обязательно требуется понизить боязливое самочувствие и самовнушаемость заики к своим болезненным ощущениям и внушаемость к чужому мнению, взгляду, улыбке и т. д.

Из этих перечисленных общих мер видно, что дело касается внесения и закрепления новых психологических перемен в состав всего душевного склада больного, именно: в область его ощущений, восприятий, мышления, воображения, эмоций и воли.

Вся эта программа психологического метода может быть резюмирована, в частности, в форме следующих показаний:

I. Разъяснить больному сущность страдания, происхождение и современное его состояние на основании его собственной истории болезни, написанной перед вступлением в лечебницу.

Ясно показать различие его от нормального человека в отношении особенностей речи, характера, мышления и поведения, также разницу в форме восприятий, памяти и воображения.

II. Создать правильные двигательные ощущения и представления в процессе произнесения звуков, слогов, слов и фразы, относя их к местам артикуляции.

III. Произносить слова смело, уверенно, соблюдая в каждом ударение, без толчков и напряжения, сообразно закону наименьших мышечных усилий.

IV. Ознакомление со словесными образами речи: слуховым, двигательным, умственным, зрительным и письменным. Их связь и преобладающее участие каждого вида в том или другом роде речи.

V. Развить смелость не только в речевом аппарате, но и одновременно во всех выразительных местах тела. *Лечить больного человека, а не одну только речь.*

VI. Ослабить и уничтожить его подозрительность, конфузливость и пр., а также изменить его односторонние взгляды и суждения насчет окружающей среды людей и самого себя.

VII. Развить у него правильную наблюдательность в обществе, научить уметь сосредоточиваться не на одном себе, но и на других предметах.

VIII. Совершенно у него уничтожить «навязчивые мысли» и «трудные слова» и навязчивый страх перед речью и во время разговора, существующие в образе мучительного ожидания и напряженного внимания.

IX. Очистить воображение от привычных образов и картин страха и постепенно заместить их образами и картинами смелости, приобретаемой ежедневными усилиями в разговорной речи.

X. Научить пользоваться своими неудачами как полезными уроками для будущего. Научить бросить все уловки как продукт прежнего оборонительного поведения, обусловленного страхом.

XI. Оставить свое прежнее поведение и развить в каждом случае разговора наступательное поведение против опасности, т. е. практику смелости, спокойствия, самообладания.

XII. Ежедневная практика в разговорной речи дома и в обществе, — речи, освобожденной от навязчивых мыслей, уловок, навязчивого страха, а также практика смелого поведения. Отчет в своих успехах, неудачах. Дневник словесный и письменный.

При посредстве каких способов достигается такое психическое воздействие?

Прежде всего необходимо установить следующий главный принцип в проведении психического лечения: всякое болезненное расстройство, которое возникло под влиянием патологических представлений, может и должно быть устраняемо тем же влиянием другого, но здорового представления. В этих видах анализируется всякое душевное волнение, настроение или ложное суждение и мотивы поведения у заик. Дается подробное объяснение и указывается связь с основным страданием именно хроническим страхом как основой речевой судорожности и одновременных изменений психических и физических черт характера.

Такие взгляды должны подтверждаться или отвергаться самими больными при самой широкой критике с их стороны. Только таким путем критики старых воззрений и приобретением новых, путем ежедневного наблюдения и опыта над собой, своим доведением и речью, — возможно достигнуть более или менее стойких перемен в сознании и самочувствии больного, которые и становятся затем краеугольным камнем для создания новой личности. Читатель увидит дальше, при чтении дневников пациентов, как конкретно преследуются и достигаются такие цели.

Таким образом, в моих глазах, судороги как явление последующее, второстепенное в картине заикания, — всегда психического происхождения, — сами по себе не лечатся, и на них не обращается никакого внимания, но зато на первом плане стоят состав и характер душевных состояний больного, подлежащих прежде всего психическому лечению.

Между душевными состояниями, конечно, на первом плане стоят: страх, боязнь, робость, конфузливость, на втором происшедшие из них другие формы душевных настроений, как- то: подозрительность, мнительность, ожидание, чувство разочарования, бессилие, сознание и переживание своей неспособности и безнадежности в будущем и прочее.

Однако навязчивые представления могут исходить из всех этих более или менее постоянных чувствований и настроений — как психических черт характера — и должны быть приняты во внимание, так как одинаково угнетают психику больного и создают судорожность или же поддерживают ее. Наконец, область воли, всегда ослабленной и угнетаемой страхом (сознательно или бессознательно), ложится в основу так называемых «уловок», разных предосторожностей и всего образа поведения больного.

Большое заблуждение многих авторов, между ними, к сожалению, и проф. Сикорского, в том, что уловки будто есть результат инстинктивного творчества. Подробный анализ этого явления показывает, что это, наоборот, — результат активного, произвольного творчества обязанного, можно сказать, самозащите и предохранению себя от предвиденных судорожностей; такая деятельность воли бывает у заик всегда живая и более или менее напряженная, меняющаяся и беспокоящая ежеминутно больного и нарушающая его душевное равновесие изо дня в день.

Если и бывают привычные уловки, иной раз моментальные, бессознательные, то и эта группа, в свое время бывшая активной, — приобрела характер бессознательный только по закону привычки.

На первых порах кажется, что бороться с ними дело почти безнадежное, но когда станет исчезать навязчивость, какой бы формы и характера она ни была, — тогда ясно становится их настоящая волевая природа и обнаруживается их полная бесполезность, и больной, освобожденный от навязчивости, постепенно их забывает и уже к ним не возвращается.

Теперь, чем пользуется психологический метод лечения, как внешним орудием.

Он признает, как психологическое орудие, следующие приемы: звукообразование, слово и фразу; последнюю в форме чтения, рассказа и особенно разговорной речи. При этом фраза может быть произносима с голосом, шепотом, мысленно, но всегда на первых порах медленно.

Требуется, чтобы речь была естественной, слова произносились правильно, без всяких искажений со стороны гласного ли звука или согласного, без всяких придыханий, так уродующих произносимые звуки. Далее никаких образцов для подражания не предлагается, а у каждого больного вырабатывается собственная индивидуальная манера говорить сообразно его развитию, образу занятия и общественного положения.

Кроме того, особое внимание обращается одновременно на практику умственной речи, которая признается также пострадавшей, заик л ивой, несмотря на видимое отсутствие судорожности во время самого процесса мышления, но зато тип произносимого слова и фразы в умственной речи всегда неправильный и сохраняет поспешность и толчки, свойственные наружной речи.

Всякие дидактические упражнения в форме дыхательной гимнастики, голосовой и артикуляторной совершенно отвергаются не только как бесполезные приемы, но и безусловно вредные, ведущие не только к безобразной искусственной речи, но и создающие новую навязчивость в уме больного и новые уловки.

Еще прибавлю от себя, что в видах более положительного и скорого успеха необходимо для каждого больного составлять предварительно *план лечения на основании анализа патологических черт характера,* потому что у каждого существуют те или другие индивидуальные отклонения и свойства в зависимости от возраста, степени умственного развития, образа жизни и общественного положения (взрослые) и т. д.

Например, у одного больного больше развиты подозрительность и конфузливость, у другого мнительность, упадок духа, у третьего мучительное ожидание перед началом речи.

Благодаря такому плану легко достигнуть быстрого успеха, если еще принять во внимание искренность, наблюдательность и правдивость пациента. К сожалению, приходится сказать, — отсутствие последнего качества иногда тормозит дело полного излечения.

Многие авторы, и в том числе проф. Сикорский, признают решительно, что многие черты в характере заик не только прирождены, но имеют свойства признаков вырождения.

Вот слова проф. Сикорского: «Неправильный характер у большей части заикающихся не вытекает из заикания, не является последствием болезни, а наоборот, предшествует болезни, составляя прирожденную особенность, имеющую такое же патогномическое значение, как и другие черты, изложенные в отделе о наследственности, т. е. она является психическим знаком вырождения».

С таким взглядом я совершенно не согласен и признаю его сильно преувеличенным.

В моем распоряжении имеется несколько сот дневников и историй болезни заик. Изучая их, я заметил, что разные особенности в характере заик являются в известной последовательности, происходит, так сказать, наращение этих качеств с возрастом больного, так, например, конфузливость наичаще .свойственна детям алкоголиков уже в раннем детстве, чего не замечается у детей другой патологической наследственности, у которых та же черта характера развивается обыкновенно в школьный период.

Такие черты, как раздражительность, робость, подозрительность, рано возникают у детей скорее всего в семьях некультурных или при суровом воспитании, между тем как у детей одиноких в семье — бывающих предметом особенных забот родителей, те же черты (повышенное самолюбие, обидчивость, конфузливость) развиваются значительно позже, именно с первых классов училища и т. д.

Правда, существуют и такие характеры, которые наряду с явными физическими знаками вырождения представляют и соответствующее уклонение в душевной сфере, но, к счастью, они в массе других случаев реже встречаются, чем думают и, во всяком случае, заики в большинстве случаев хорошо поддаются психологическому лечению, а этот факт тоже показывает, что само страдание, как заикание, скорее портит, искажает характер больного, создавая такие патологические черты, как конфузливость, мнительность, подозрительность, состояние напряженного внимания, мучительного ожидания, быстрый упадок духа, длительную огорчаемость и т. д.

При существовании у заик аффективной памяти и живого воображения — такие черты могут сильно укореняться в характере. Наблюдения показывают, однако же, что все такие вторично приобретенные качества в характере заики отпадают более или менее скоро при правильном и успешном лечении при помощи психологического метода.<...>

Сравнительное достоинство психологического метода

Особенности в характере и речи заики и отличие его от нормального человека. Как достигается цель излечения дидактическим способом и психологическим. Гипноз. Ход лечения по психологическому методу и результат лечения.

Рациональное основание психологического метода не только положено на изучении клинической картины заикания, но и подтверждается еще следующими наблюдениями и фактами из жизни заики и нормального человека.

I. Заика говорит совершенно хорошо, когда он один и спокоен.

П. Нормальный человек никогда не прибегает к каким-либо усиленным дыханиям во время речи, она у него совершается не только естественно, но и бессознательно.

III. Заика говорит хуже или страшно затрудняется всякий раз, когда испытывает какое-либо волнение; это хорошо знает каждый заика и всегда говорит: «Я заикаюсь, когда взволнован».

IV. Каждый нормальный человек заикается тоже в минуту наисильнейшего гнева, страха, конфузливости, неожиданности, но следы этой заикливости в нем не остаются, по тому что это случается редко и сам пострадавший легко ориентируется и всегда скажет: «Да я испугался, потому и заикнулся».

V. Когда заика всецело охвачен эмоцией: будет ли это радость, гнев, злоба и при этом эмоция сильно воплотится во всех выразительных местах, так что нет места появлению навязчивого представления «я заикнусь», — он говорит тоже хорошо.

Такое же слияние своей личности с чужой бывает и на сцене, если, случается, заика изображает какой-нибудь тип.

VI. Кому затем не известно, что речь нормального человека в таких случаях, как разговор с высокопоставленным важным лицом, в незнакомом обществе, при публичном выражении мысли, или, наконец, после того как ему сделают замечание насчет недостатков его речи, например, укажут на

повторение разных присловиц, вставок (значит, вот, понимаете и т. д.), — речь у него тотчас расстраивается, делается затрудненной, с паузами, то медленной, то торопливой. В это время речь делается актом более сознательным, внимание к себе становится *неприятно-навязчивым.*

VII. Если мы увидим не сцене актера, изображающего очень боязливого человека, увидим его боязливую фигуру, услышим дрожащий голос и т. д., но не услышим заикливой, поспешной речи, свойственной страху, то положительно должны сказать, что актер неверно изобразил боязливого человека. То же впечатление получится ив том числе, когда тот же актер внесет в картину общего страха смелое лицо или голос.

Из этого видно, что речь нормальная подвергается воздействию таких же психических факторов, как и у заик. Разница только в том, что все у заик преувеличено, напряжено и проявляется в судорожной, более яркой форме, следовательно, и тут заикание, как и всякий сложный психоневроз, представляет только лишь патологические уклонения от нормы и ничего не создает нового, чего бы не было в зачаточном состоянии у здорового.

Таким образом и создаются у заик такие, по-видимому, резкие особенности, отличающие его от здорового человека. Мы считаем нужным перечислить их.

1) Он имеет хронические привычные фобии и в долгой борьбе с ними отразил свое поведение в наружном и внутреннем облике всей личности.

Он выработал в борьбе со своим страданием необычайную психическую чувствительность, отчего он постоянно настороже и всегда возбужден. Каждый пустяк в глазах нормального человека для него событие, — могущее возбудить реакцию страха (судорогу, сердцебиение): одна улыбка, чужой взгляд, мысль спросить кого-либо, пойти в магазин и прочее.

3) Естественно у него развились и необычайная сознательность и внимание к своей речи (доходящая до навязчивости), — а это одно уже препятствует сделаться его речи легким и бессознательным навыком.

4) Масса уловок.

5) Благодаря всему этому имеется постоянно судорожная речь в зависимости от силы душевного волнения.

На основании всех этих указанных черт нужно признать, что у заики речь такова, каков он сам, потому что внешние выражения, как и всегда и везде, строго соответствуют характеру внутреннего содержания, что мы и видим на примерах эмоции. В данном случае нужно изменить внутреннее содержание такой эмотивной личности и тогда, само собой, как необходимое роковое последствие, будет измененная речь.

А в таком виде, в каком представляется вся личность заики, сложившаяся в течение иногда 10—30 лет страдания, она может и должна реагировать на всякие впечатления, встречи с людьми, разговоры с ними и т. д., связанные роковым образом с употреблением речи, — всегда трусливо, подозрительно, недоверчиво, напряженно, с прибавкой большого умственного и физического усилия.

Немудрено, вся такая центральная иннервация соответственно отражается и на качестве произнесения речи, т. е. она будет торопливой, с паузами, толчками или же совершенно судорожной, а ощущение последней в свою очередь отразится в уме и создаст новые навязчивые мысли к существующей уже раньше: «Я сейчас заикнусь».

Всякий заика наперед знает не только во время приступа судорог, но и задолго до него, на каком именно слове он заикнется, и вместо того, чтобы ослабить свое уже начавшееся двигательное возбуждение, он стремится к уловке, чтобы избавиться от предстоящего трудного слова, порожденного этим возбуждением, и очень рад, если это ухищрение удалось ему, потому что, по его мнению, собеседник не узнал про его заикание, и выходит, что он заботится о производимом впечатлении (т. е. об интересах постороннего, его мнении, одоб рении) больше, чем об излечении себя от того двигательного и умственного возбуждения, которое и было единственной причиной заикания. Похвальное мнение, быть может, он и получит на короткое время о своей способности к речи в глазах мало наблюдательного слушателя, но зато он лишний раз увеличил склонность к новому такому же возбуждению и углубил сильнее свою боязнь перед этим трудным словом.

И вот, не зная себя, не зная строгой зависимости между своим душевным возбуждением и связанными с ним речевыми расстройствами, он и направляет все свои наличные усилия и старания, всю изобретательность ума на скрывание наружных проявлений внутреннего процесса, а не работает над собой, не предупреждает самый психический процесс. Естественно, он увеличивает свои

затруднения, так как причинный момент остается и даже с течением времени развивается все больше и больше.

Стало быть, его работа выходит бесплодной и вредной, ибо ставит главной целью не себя, не причину страдания, а одно желание показаться в глазах окружающих не заикой, иначе сказать, несчастный больной претендует на роль, к которой он не способен.

Если мы подобным образом подвергнем анализу психологическое содержание таких душевных форм восприятия и настроений, как «подозрительность», или «мнительность», или состояние «ожидания», то опять и здесь найдем массу мотивов для заикливой речи. Это сделается еще понятней, когда мы припомним состояние речи у нормального человека, когда он находится под влиянием общего внимания и наблюдения со стороны окружающих, незнакомых лиц в обществе.

У заик такие переживания, конечно, интенсивнее, ярче и сопровождаются не запинанием только, не рассеянностью мысли и прерыванием течения, но и положительной остановкой мысли и судорожными приступами речи. После таких объяснений значения и состава психологических состояний воли и чувства и мысли вообще не трудно понять и личность заики.

Еще не объясняя больному сущности его болезни, мы остановимся только на одной внушаемости его натуры, тогда легко понять и такой опыт.

Когда перед вами свежий случай заикания, еще не лечившийся нигде, то можно сказать больному такое словесное внушение: «Забудьте дыхание, будьте спокойны, вы можете говорить хорошо, только не спешите», — он тотчас же действительно заговорит хорошо, точно так же как если бы он был дома один. В это время процесс речи делается бессознательным, так как пациент не чувствует дыхания и связанного с ним напряжения, а импульсы волевые для речи получаются спокойными и изнутри, и снаружи.

Следовательно, к чему тогда вся система сложных дыхательных упражнений, когда эффект хорошей речи достигается так просто, без всякой подготовки?

Разумеется, такая речь в присутствии доктора продолжается все время, например 5—10 минут, и не будет такой в другом месте, потому что волевые импульсы еще не укреплены для речи продолжительной, разговорной в обществе, но так как на основании психологического изучения они хорошо известны, так как известно далее, из каких областей возникают последние, и какие уклонения их от нормальных получаются в психике больного, то развить их и укрепить не трудно в дальнейшем ходе лечения.

Если так дело обстоит с психологическим методом, то посмотрим, что в состоянии сделать «дидактический метод» в лечении такой сложной болезни, как заикание.

Оказывается, он достигает этой задачи при помощи только сложной системы дыхательных, голосовых, артикул ятор-ных упражнений, чисто механических средств, причем психотерапия остается совсем на заднем плане или же ее совершенно нет, это в силу ложного воззрения, что расстройство дыхательных и речевых движений — главное в картине заикания.

Несчастный больной в течение значительного периода времени должен упражнять силу своих легких в ожидании излечения. Он должен постоянно только и думать об этом во всех случаях своей речи. Получит ли он освобождение от своих навязчивых мыслей, фобий, работает ли он над своей
мнительностью, узнал ли он, как освободиться от своих трудных слов и нахождения новых и т. д.? ,

Разумеется, нет, но он зато научится разным новым уловкам, которые, быть может, облегчат его на некоторое время, как обнадеживающие средства, но вскоре опять ему изменят, и следовательно, выработанная посредством таких долгих, бесполезных, чисто акробатических упражнений «искусственная речь» опять вернется на старую дорогу и сделается такой же, как и прежде, если еще не хуже.

Быть может, в немногих случаях иногда и достигается небольшой успех, да и то не благодаря «дидактическому методу», а вопреки ему, — так как пациент случайно, сам набредет ощупью на новый путь избавления развитием в себе самостоятельности и самовоспитания воли или как-нибудь изменит свое суждение или поборет в себе мнительность и неуверенность в своем поведении.

Это и подтверждается ежегодно фактами лечившихся и неизлеченных пациентов, которые обращаются ко мне.

Над ними приходится работать гораздо больше и труднее, чем над свежими случаями, так глубоко в памяти у них засели дыхательные упражнения. Просто удивительно, как мало такие пациенты осведомлены на счет психологического знания причины и происхождения своей болезни, все

только и сводится к расстройству дыхания как главному источнику происхождения болезни, но удивление наше проходит, как только мы раскроем книгу их руководителей.

Мы там действительно не найдем никаких не только полных, а даже и скромных указаний по части психологического понимания болезни и такого же лечения. Дело ограничивается только шаблонными фразами, что заикание есть, правда, душевное страдание, происходит от страха, но как связать такие отдельные факты с психологическими приемами лечения, об этом, конечно* ни слова; сообщается и об уловках, но их значение в процессе заикания безусловно не понимается.

Напротив, даются такие доброжелательные советы, как избавиться от трудного слова: «Если затруднение на согласных звуках, что чаще (?) наблюдается на буквах *д* и *т,* то нужно только заставить произнести соответствующий звук мягче, а последующий гласный звук с большим протяжением, другими словами, произнести слово так, как будто первый согласный звук совершенно отсутствует», а при произнесении «гласного звука *а* рекомендуется рот насколько можно раскрывать больше приблизительно, как при зевоте с предварительным глубоким и быстрым вдыханием».

Таких поистине курьезных советов немало, и нужно быть слишком большим невеждой и воображать, что такими приемами можно помочь заике избавиться от трудного звука, который, как известно, есть продукт боязливой воли и воображения заики. Ну теперь, вместо того, чтобы бросить уловку, он станет обходить трудное слово при помощи новой, рекомендованной даже авторитетным руководителем.

Отлагая до другого раза подробный разбор этих поистине курьезных руководств для лечения заикания, мы коротко скажем, что такие и подобные им приемы путают несчастного заику, и никогда не приведут к достижению полного излечения, несмотря на все заверения авторов в своих успехах и широкие бесцеремонные рекламы в виде «благодарственных писем излеченных пациентов».

Психологическое лечение заикания в детском возрасте

Необходимые меры в случае острой формы заикания после испуга. Постельное содержание ребенка в изоляции его в семье. Разговор с ним шепотом и тихим голосом. Как поступать, когда причина страха известна и когда неизвестна. Косвенные меры: врачебные и средства питательные и укрепляющие. Лечение мышьяком по способу Комбе и проф. Филатова. Как поступать с неграмотным или грамотным ребенком. Следует ли говорить ребенку, чем он страдает. Случай психологического лечения у девочки 5 $^1/_2$ лет.

Приступая к такой труднейшей задаче, автор не имеет цели подробно излагать психологический метод, а желает коснуться его в общих чертах, а главное — в форме практического его применения.

Для первой задачи требуется более обширная работа, в состав которой могли бы войти такие отделы, как: физиология и психология детской речи, история происхождения человеческого языка, влияние семьи и школы и всей окружающей среды на образование ума ребенка, формы уклонения детской речи от нормы, первичное зарождение патологических настроений, чувствований и т. д. Такая задача не только громадна, но и встречает немало затруднений, так как многие вопросы из этой области мало исследованы или находятся в зачаточном состоянии, как со стороны медицины вообще, так и со стороны смежных с ней наук: психологии, логики, педологии, педагогики, лингвистики и т. д.

На этом основании автор предложит только известный ряд положительных мер для ослабления и прекращения уже возникшего в острой форме заикания у детей после испуга и в другой форме хронической с периодическими улучшениями и ухудшениями.

Мы не можем здесь воспользоваться книгой г-на Гимиллера[1], изданной недавно, летом прошлого года, и посвященной как раз этому вопросу, потому что даже беглый взгляд на нее убеждает, что она лишена всякого научного содержания и представляет, наоборот, лучший образец дидактического метода со всеми присущими и указанными выше недостатками.

Обычные приемы лечения по этому методу для взрослых применены и к детям без всякого психологического обоснования, без изучения и знания детской души. В ней ребенок рассматривается как автомат, и предполагается, что он при таких же родителях будет проходить терпеливо и настойчиво курс искусственной речи, на протяжении двух-шести месяцев, сидя перед зеркалом, вдыхая и выдыхая.

Возможно, что у Гимиллера сердце исполнено добрыми намерениями помочь ребенку-заике, но чтобы оно проникалось к нему состраданием и жалостью, мы в этом сильно сомневаемся.

---

[1] *Гимиллер.* Заикание. Предупреждение, устранение в первом периоде развития его у ребенка и лечение. — М., 1908.

Действительно, такой поистине египетский труд, — скучный и бессмысленный, — предлагаемый на двухстах слишком страницах, для сил ребенка невозможно одолеть. Скорее всего ребенок убежит от такой ежедневной гимнастики речи, а мать просто-напросто закроет книгу.

Мы здесь не будем останавливаться на том, что, по словам автора, такой метод лечения основан на образцах письменного, *заглазного* лечения у детей. Такое бесцеремонное признание в своих приемах, далеко не научных, есть и лучшая характеристика того, как г. Гимиллер относится к своей задаче, как ее понимает и какие у него опытные основания. Нам кажется, всего этого достаточно, чтобы оправдать наше выражение, что в этой книге смотрят на ребенка как именно на автомат, у которого нет главного — этой живой души.

До сих пор не было даже и скромной попытки помочь родителям, имеющим детей-заик в раннем возрасте от 4—8 лет. Между тем лечащему домашнему врачу приходится неоднократно испытывать затруднения в таком вопросе и даже иной раз игнорировать такую настоятельную потребность, ссылаясь на то, что, может быть, заикание с возрастом пройдет.

На этом основании я и предложу ряд известных мер, помогавших мне в таких случаях.

I. Если ребенок неожиданно заболел заиканием после какого-либо сильного аффекта или испуга, то к нему необходимо применить следующий метод: a) отделить его тотчас от других детей в отдельную комнату; b) объявить серьезно больным без доступа к нему других детей. Если в семье много детей, то можно поместить его в другую хорошую семью, c) подвергнуть *постельному содержанию* на время не менее трех недель.

Желательно, чтобы с этих пор к нему имели доступ только мать, отец или бабушка, тетка, а также врач. При этом требуется не нарушать обычных занятий и игр, вообще привычек ребенка, разделять с ним терпеливо такие игры, забавлять насколько возможно, чтобы пребывание в постели не казалось бы скучным, особенно в первые дни.

Эта мера рекомендуется с той целью, чтобы избежать и подавить подвижность ребенка, которая в данном случае вредна и поставит его сразу в условия однообразия и покойной обстановки. С другой стороны, этой же мерой устанавливается телесное и душевное спокойствие, так как страх потрясает то и другое на продолжительное время.

Кроме всего этого, необходимо обязать ухаживающих за ребенком — говорить с ним медленнее обыкновенного, тихо, ясно и в то же время спокойно и ласково, без гнева, нетерпеливости и крайнего сожаления, не выражая этих чувств, однако, даже в своих манерах, взгляде, голосе.

Дети, как известно, обыкновенно большие физиономисты и определяют свои шалости, проступки и свои соотношения вообще к окружающим не по смыслу и пониманию их — до такой отвлеченной мысли мозг ребенка еще не дорос, а по выражению, например, лица матери, улыбке, наморщенному лбу и т. д. Раз у матери лицо доброе, улыбающееся, — значит, сделал хорошо, и наоборот.

II. Если бы судорожность ребенка не уступила этим мерам, то не медля начать говорить с ним шепотом и требовать такого же шепота от него. Если бы он сопротивлялся такому совету, то в таком случае рекомендуется со стороны ухаживающей матери наклонить голову к ребенку и просить его говорить на ухо. Тогда ребенок поймет ясно, чего от него требуют.

Через несколько дней ребенок отлично выучивается говорить, так как ему это начинает даже нравиться, это, наконец, его забавляет. Скоро благодаря этим мерам, создающим главным образом длительное спокойствие, ребенок начинает незаметно сам для себя говорить то шепотом, то голосом, вперемежку свободнее, хорошо и легко.

С каждым днем пребывания в постели, к которому он уже начинает относиться безразлично, он незаметно для себя продолжает говорить не спеша, без затруднений, и в нем постепенно, шаг за шагом, пробуждается поколебленная страхом вера в себя, в свою речь.

Является скоро и уверенность, что он говорит так же, как и другие, и так как это все делается без всяких усилий со стороны дыхания, голоса и судорожного произнесения гласных звуков и целой фразы, то скоро должны уже явиться бессознательность к речи, спокойное внимание и отношение к ней. Такие попытки со стороны ребенка заметны сразу для окружающих, его успехи в речи должны вызывать непременно похвалу, одобрение и поощрение.

Такой период начинающегося выздоровления несомненно приятный, но зато именно в эту минуту он и требует наибольшей предусмотрительности и зоркости со стороны окружающих. В это время требуется особенно тщательно охранять ребенка от каких-либо случайных влияний.

Маленький пациент, сознавая покойную речь, делается уже требовательней, ему не хочется долго лежать, он просит или того, или другого, начинает явно капризничать. Вот тут то дело для

матери самое трудное, требуется и не давать, чего просит ребенок, и в то же время не огорчать его, так как может получиться сильное огорчение, гнев или обидчивость на несколько часов, что также неблагоприятно отражается на только что полученных успехах речи.

Дело в том, что в это время образуется у ребенка новое личное «я», высказывающее уже свои запросы и требующее их удовлетворения. Но здесь, во всяком случае, должны помочь такт и осмотрительность матери, которая и должна разбираться в просьбах ребенка. Нужно руководиться следующим: как только получится осязательный, заметный результат общего успокоения ребенка, и речь его уже в продолжении целой недели произносилась правильно и ясно, то это и есть указание на то, что можно уменьшить строгость постельного режима — позволить ребенку посидеть в кресле, на диване или на полу на несколько минут и часов, чтобы потом он опять был в постели.

Игрушки он может брать и на диван и играть одинаково с ними во время лежания и сидения. Такие разрешения давать ребенку, как награду за послушание за то, что он говорит тихо, медленно и что это нравится маме и окружающим.

Потом уже можно позволить впускать по очереди и отдельно других детей, лучше старших, повторяя им, что с заболевшим пациентом доктор приказал говорить немного, недолго и медленно, потому что иначе больной сильно взволнуется и утомится, ему будет хуже. Нужно показать даже на примере, как следует говорить.

Гораздо лучше всегда самой матери или кому другому, кому вверено ухаживание за ребенком, присутствовать при беседе детей, чтобы вовремя своим тоном и речью направлять разговор и речь детей в границах указанных выше правил, вызывая этим бессознательную подражательность со стороны говорящих детей.

Далее можно позволить детям не только говорить в течение $^1/_2$—1 часа, но и играть с больным ребенком. Сообразно с улучшением речи увеличиваются смелость, уверенность больного ребенка, режим строгий ослабляется все больше и больше; можно наконец допустить в комнату ребенка и посторонних, как детей, так и взрослых, хорошо известных самому ребенку.

Если грамотный ребенок, то он должен научиться безбоязненно читать и рассказывать в присутствии посторонних. Далее ребенку предоставляется большая свобода, он может сам подходить, задавать вопросы, исполнять поручения и все это, желательно, спокойно и смело. Очевидно само собой, что псе такие поступки и поведение должны встречать поощрение и одобрение, и это до тех пор, пока, по наблюдению самих родителей, заикание не пройдет бесследно.

III. Если причина страха известна: собака, пожар, ссора, неожиданный крик или шум, ночной испуг (сновидения), падение с лестницы и т. д., то требуется, во время постельного режима, подготовлять постепенно ребенка к рассказам и слу-[1] гаям, вызвавшим такой испуг, но при этом сейчас же говорить, как вы, рассказчик, или такой-то мальчик поступили, и непременно в яркой картине смелости, спокойствия, уверенности. Разнообразить такие рассказы, прямо придуманные с этой целью, или приспособлять вычитанное из книги.

Все эти рассказы имеют целью вызвать в воображении ребенка сильное впечатление, невольное желание сравнить себя и поступать в таких случаях так, как рассказывается в этих рассказах. Безусловно необходимо такими рассказами заинтересовать ребенка, что скоро и обнаружится тем, что на следующий день ребенок спросит мать — «а что такой-то мальчик (положим, Володя) выходил в поле, когда увидел волка, собаку; поехал ли он опять на лошади, с которой он упал,и т. д.».

Такие напоминания ясно покажут, что рассказы матери произвели должное впечатление на воображение и ум ребенка. Мать, разумеется, в таких случаях должна ответить положительно и рассказать дальше подробности про необычайную храбрость, смелость и присутствие духа Володи.

После того как она убедится в том, что ребенок не только интересуется такими рассказами, но и сам уже готов следовать по таким образцам поведения, ему тогда необходимо поставить прямо на вид для решения целый ряд вопросов из жизненных положений, как бы он сам поступил в том или другом случае, но непременно, чтобы предмет опасения был бы похож на случай, от которого произошел испуг.

Можно даже воспользоваться разными игрушками, картинками, куклами для этой цели, так как ребенок сам любит передавать, по-своему, разные житейские сцены в форме фантастических разговоров или подражать виденным и слышанным. Такой способностью ребенка и следует пользоваться, по мере надобности, в добавление к тем рассказам, сказкам, о которых я выше сказал.

Нужно еще прибавить — эта способность очень драгоценна, и она состоит, как всякому известно, не только из одной подражательности, но и имеет характер настоящего творчества, воплощающего сразу образы зрительные, слуховые и просто умственные в двигательные формы воли, т. е. образ поведения того или иного.

Не удивительно, если после таких подготовительных упражнений ребенок начнет говорить скоро в духе смелости, уверенности, безграничной храбрости, которая во время его рассказов или ответов отразится на его взгляде и манерах. Таким образом мы запечатлеем в душе ребенка, в его намерениях, решениях и ожиданиях целый ряд образов преодоления будущей опасности, от которой он уже не побежит, напротив, в нем пробудятся другие мотивы поведения.

Гораздо труднее быть в том случае, когда причина страха не известна, а между тем налицо имеется вызванное им заикание.

Здесь мы не можем обезопасить, расчленить на части и изменить в глазах ребенка причину, предмет страха, перед нами тем не менее все последствия потрясения, произведенные страхом и отразившиеся во всех уголках его душевного мира.

Тогда придется ограничиться одним постельным режимом и связанным с ним уходом в отношении речи и путем тщательного наблюдения все-таки стараться определить, насколько возможно, причину испуга, случается, и это иногда удается.

IV. Подобным образом поступать рекомендуется и в случаях хронического заикания. На первом плане — ограничивать, насколько возможно, внешнюю подвижность ребенка и в период ухудшения говорить с ним также медленно, тихо или птепотом, не прибегая совсем к каким-либо приемам дыхательной гимнастики. В период же улучшенной речи — пользоваться всяким способом, чтобы не только пробудить но и упражнять спокойствие и смелость во всех видах умственного и практического применения.

Нечего и говорить, что в таких случаях уже существующего заикания у ребенка могли образоваться навязчивые представления и некоторые уловки, к которым он начинает прибегать сознательно и инстинктивно, почему картина заикания расширяется и делается упорней. В таких случаях приходится отучать ребенка от них, и лучшее средство тут опять-таки одно *душевное спокойствие.*

Как следует относиться к заиканию, создавшемуся от *подражательности,* — об этом много говорили, и такой случай уже относится к лечению полной картины болезни, как у взрослого.

V. Кроме этих прямых приемов психологического лечения можно рекомендовать и такие способы лечения, которые следует назвать косвенными.

Во время лежания больного в постели можно делать ему общий или местный массаж, употреблять ванны, например, два раза в неделю, т-ра 28—26 Р°, продолжительность 8—10 минут, с растиранием тела, при помощи луфы или мохнатого полотенца, простыни.

По предписанию врача прописывается какое-либо индифферентное лекарство для смазывания горла или делается смазывание йодовой настойкой снаружи и т. д. Тогда, видя такой внимательный уход вокруг себя, ребенок делается послушнее, *проникается и сам* важностью такого лечения и создает этим самым удобные условия для своего длительного душевного спокойствия, необходимого так для исправления речи.

Далее рекомендуется уже с положительной целью питание и укрепление нервной системы и прежде всего *молоко,* по крайней мере не меньше двух стаканов ежедневно. Молочное лечение вообще в большом предпочтении при разных нервных заболеваниях по своему не только питательному значению, но и по укреплению и успокоению нервной системы. Ввиду этого мясная пища ограничивается, если ребенок любит молоко, и остается, если он упорно сопротивляется молочной пище.

Кроме молока, или одновременно с ним, рекомендуется в видах общего укрепляющего лечения употребление железа, мышьяка и т. д. За последним средством утвердилась совершенно справедливая репутация укреплять мышечную и нервную систему — создавать аппетит. Он, наконец, нередко с успехом применяется в некоторых судорожных детских болезнях, как эпилепсия, хорея, тики.

Для этого необходимо выдержать полный курс лечения мышьяком по способу Комбе и покойного проф. Филатова, известному детским врачам. При этом можно употреблять мышьяк в растворе соответствующего процента или в виде мышьячно-минеральной воды Левико.

Все эти средства должно употреблять по назначению врача, причем весь ход лечения проводится *под строгим и непосредственным наблюдением врача.* Курс лечения мышьяком три недели. В случае благоприятного действия его в отношении укрепления нервно-мускульной системы, возрастания аппетита и веса в теле возможно и повторить курс лечения в течение года два раза.

Вот те меры, которые может предложить психотерапия, как прямые, так и косвенные, — преследуя в последнем случае поднятие питания, уменьшение малокровия, слабости нервно-мышечной системы — таких симптомов общего физического нездоровья, которые нередко наблюдаются у больных детей.

VI. Если ребенок не грамотен, то обязательно учить его грамоте даже преждевременно, например, в шесть лет, потому что тогда при обучении самый способ произношения звуков облегчается, но делать это по звуковому методу, избегая толчкового произнесения, делая его плавным, медленным. Кроме того рекомендуется избегать также всяких усиленных вдыханий и выдыханий.

Для этой цели требуется какая-нибудь опытная учительница городской или народной школы, уже знакомая с таким методом обучения. Если при этом она отличается ровным, спокойным, добрым характером и обладает способностью заинтересовывать ребенка и вызывать его внимание к речевой работе, то и желать больше нечего.

Если же ребенок грамотный и умеет уже сразу произносить слова, то необходимо будет научить его читать спокойно, когда он один или в присутствии посторонних. Тут уже заикание труднее, потому что оно отражается не только на разговорной, но и на книжной речи ребенка. Советы и отношения к нему такие же, как и для взрослого.

Я выше сказал, что труднее всего поддаются те формы испуга, которых причина не определена, но еще *труднее* бывает в том случае, когда эта причина произошла *от самих родителей,* например ребенок получил побои или какое-нибудь наказание.

Я приведу один пример из своей практики — года четыре тому назад мне пришлось наблюдать один такой случай заикания в острой форме, это было в семье одного богатого коммерсанта.

Отец вполне интеллигентный, энергичный человек, предавался время от времени вспышками алкоголизма, мать молодая, вполне здоровая женщина, имела трех детей, послед-ний ребенок — это девочка $5^1/_2$ лет. Однажды за обедом отец, должно быть шутя, бросил салфетку в лицо ребенка, произошел испуг, и на следующий день девочка была почти нема и не произносила ни одного звука; в следующие дни она немного успокоилась, но не могла смотреть без страха и без слез на своего папу.

Никакие ласки, поцелуи, конфеты не помогали, ребенок страшно волновался и плохо проводил ночь. На пятый день ребенок начал было говорить, но говорить с большим напряжением и очень судорожно, он только произносил первые гласные буквы или же согласные, не заканчивая слова; минутами случалось, что ребенок в присутствии матери мог сказать даже целую фразу, хотя с некоторым напряжением.

Мать затем заметила, что для ребенка самые трудные слова были: кукла, Оля и папа. Меня позвали через неделю после происшествия.

Не говоря здесь подробностей клинической картины болезни, я упомяну лишь о том, что ребенок, при моем появлении, сидел на коленях матери, тесно прижавшись, с плаксивым выражением лица и всей фигуры, и смотрел боязливо, поминутно поворачивая голову то на меня, то на мать, то на дверь, из-за которой показался, наконец, и сам отец, начавший скороговоркой, с виноватым видом, скорей оправдываться, чем излагать причину болезни. Я, разумеется, постарался, чтобы все объяснение было в отсутствие ребенка.

Был применен метод психического лечения, в форме упомянутого выше постельного содержания, но он, к сожалению, не приносил пользы в течение почти месяца, хотя заметно ребенок успокоился, и речь его в присутствии только одной матери была хороша, при отце же ребенок продолжал быть судорожным.

В это время отец уехал по делам, в провинцию. Скоро оттуда получилось известие, что он серьезно заболел. Это вызвало в семье тревогу, которая передалась и ребенку.

Следовало бы ожидать ухудшения речи — нет, она держалась в хорошем состоянии, и замечено было с этого времени, ребенок начал проявлять большой интерес к отцу, часто спрашивал мать, как здоровье папы, и при этом прибавлял: «ему одному скучно» или «папочка лежит один и ему больно» и т. д. По-видимому, сначала отъезд отца успокоил ребенка, и тот страх и внутреннее недовольство, которые он чувствовал к нему, — сразу уменьшились и потом, в свою очередь, уступили место жалости, когда ребенок услышал, что папа болен.

Здесь я впервые увидел перед собой то детское сердце, каким оно бывает у таких невропатических детей. Как долго оно держит в себе страх и нелегко от него отделывается.

Это продолжалось до тех пор, пока противоположное чувство жалости не охватило всецело ребенка, и он, потрясенный этим, примирился окончательно с объектом своего страха, т. е. с отцом, и навсегда успокоился; такая-то перемена в душе ребенка и освободила его, наконец, и от заикания, что и наблюдалось в данном случае.

Действительно, через полтора месяца после начала болезни, когда приехал отец, ребенок встретил его с живой радостью и в то же время спокойно, доверчиво и без страха садился к нему на колени, и речь его осталась навсегда хорошей.

Между тем как раньше, в первый месяц лечения, ребенок отказывался от ласк и всяких забот со стороны отца, бессмысленно кричал в его присутствии и успокаивался только после ухода отца. Тогда я еще и сам не понимал, что отец, как причина страха, был в глазах ребенка воплощением всякого зла. По словам матери, случалось, что при слове папа он вздрагивал, и конфеты, оставленные отцом, оставались нетронутыми, пока мать не давала их от себя, говоря, что это ее конфеты, а не папины.

Прежде чем кончить эту главу, я разберу интересный и важный вопрос, как обращаться с ребенком-заикой, и *следует ли говорить ребенку про его заболевание,* т. е. называть его ненормальную речь — заиканием. Я считаю необходимым сказать, что на всякого заику должно смотреть, как на *серьезного больного* и относиться к нему как к очень впечатлительному и раздражительному существу, которое превосходит такого же сверстника по своей чувствительности в несколько раз. Наперед необходимо знать, что его глубоко огорчает всякая насмешка, всякое чрезмерное внимание к нему со стороны братьев, сестер и других членов семьи. Кличка «заика» есть одно из самых оскорбительных выражений, и это хорошо помнит всякий, кто перенес этот тяжелый недуг.

Поэтому требуется употребить все меры к тому, чтобы родная семья сделалась для него незыблемой опорой для его душевного спокойствия и безопасности, а не очагом ежеминутной вражды, оскорблений и всяких неприятных раздражений.

В этом и состоит ближайшая задача семьи, если же этого не произойдет, то тогда ребенок-заика окончательно забронируется в недоверие, озлобленность, вражду и тогда уже на него не подействует никакое ласковое слово, никакое сердечное искреннее обращение. Он станет в душе совершенно чуждым человеком и навсегда глухим ко всем самым нежным чувствам, и даже сердце матери, переполненное горячей любовью к ребенку, не найдет доступа к такой замкнутой натуре.

Если же ребенок не знает, что он страдает заиканием — бывают и такие, к сожалению, очень редкие семьи, — то и говорить не следует, а если знает и его уже дразнили такой кличкой в семье, в школе, тогда уже ничем не выбьешь такого обидного слова из головы; оно уже делается не только источником огорчения, обиды, ожидания, но и служит поводом и причиной для принятия тех или других предосторожностей, чтобы скрыть заикание.

Конечно, следует запрещать детям называть так, но это ведь обыкновенно не достигает цели, дети всегда дети и беспощадны к замечаемому в ком-либо из окружающих недостатку.

Тут может помочь только одно — изменить взгляд самого больного на это, что очень трудно и достигается только в лечебнице. Пожалуй, здесь поможет еще такт матери, когда она скажет, что такая кличка дурна и что она оскорбляет ее лично, тогда любящие дети остановятся и не причинят больше страдания своему братишке или сестре.

Неткачев Д.Г. Заикание. Его сущность, причины, происхождение и лечение в детском возрасте и у взрослых. — М., 1909. — С. 41—54, 55—61, 95—108.

И.И. Тартаковский

Психология ЗАИКАНИЯ **И КОЛЛЕКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

Психоневроз речи — заикание

Трудно выйти из тупика без четкого представления о пути, который привел к нему. И заикающемуся, приступающему к лечению, нужно дать ясное понятие о происхождении, сущности и причинах заикания. С этого момента и начинается, собственно, самолечение в коллективе.

Невроз речи — заикание — по своему характеру относится к группе психоневрозов, известных под названием психастении. При заикании преобладают: психическая подавленность, тревожное ожидание, страх и беспокойство за свою речь, сомнение, навязчивость. С истерией заикание роднит склонность к самовнушению, к болезненным представлениям, а с неврастенией — острая восприимчивость, повышенная впечатлительность и мнительность. Заикание нередко наблюдается у невропатов как сопутствующее заболевание.

Можно было бы дать следующую схему происхождения и сущности заикания (как и всякая схема, она не претендует на охват всех случаев и всевозможных вариантов):

1) неизвестные, мельчайшие изменения физиологии центральной нервной системы, коры головного мозга;

2) обязанное этим открытым изменениям благоприятное предрасположение, «готовность» к восприятию, «принятию» соответствующей психической травмы — испуг и тому подобное;

3) обусловленное этим потрясение эмоциональной сферы: боязливое самочувствие, страх;

4) наконец, как следствие этого — вмешательство психизма в деятельность функции; навязчивости, приостановки развития этой функции, именно функции речи.

В результате судорожное функциональное расстройство речи — заикание. Поражение органов речи в момент психической травмы объясняется, очевидно, их большей уязвимостью и хрупкостью в детском возрасте.

Все это в популярной форме должен изложить группе в коллективе один из его участников, его организатор, или другой, знакомый с вопросом психолог, врач, педагог, студент-медик и т. д. При этом не следует особо подчеркивать «физиологические изменения», что может привести больных к мысли о бесцельности лечения вообще и к нежелательному настроению. Наоборот, нужно разъяснить со всей полнотой возможности психотерапии и, в частности, коллективной психотерапии.

Читатель видел, что в нашем понимании заика — не логопат, а невропат, и лечить может его не логопед, а психотерапевт, вернее, психотерапевт-логопед. Где они, психотерапевты-логопеды? Их пока единицы.

Психотерапия и психотерапевты

Психоневроз динамичен. Каждой новой стадии развивающегося психоневротического процесса должен соответствовать и особый этап единой психотерапии, если последняя хочет быть целесообразной, эффективной. Неудача психотерапии часто свидетельствует о несоответствии между данным состоянием психоневроза с применяемым к нему видом психотерапии.

<.. .> Психоневрозы излечимы. Заменить нездоровый комплекс, безусловно, легче, чем починить слабое сердце. Легче выправить кривое представление, чем кривой позвоночник.

Если представить себе на одну минутку в качестве образного сравнения машину и затем сразу вспомнить, что мы имеем дело с человеком, то станет еще нагляднее.

Итак, два одинаковых сложных механизма. Один работает плавно, четко, другой — напряженно, туго. Опытный механик сразу различит особенности — не в конструкции, конечно, так как оба механизма одинаковы, а в прилажен-ности отдельных частей. Вот так и с невротиком: та или иная функция работает у него с напряжением — с одновременным вмешательством психического в ее деятельность.

Как поступает человек, работающий на неприлаженной машине? Он делает некоторые усилия и сглаживает шероховатости. В живом организме в этом отношении обстоит как раз наоборот. Все искусство психотерапии состоит в том, чтобы больной этого усилия не делал, чтобы он отвлекался от своей несколько неслаженной функции, не приковывал своего внимания к ней.

Это достигается отвлечением больного в сторону здоровой целеустремленности.

Лечить психоневрозы можно лишь психотерапией, т. е. перевоспитанием всей личности при помощи убедительного, разумного слова, подогретого теплотой, сказанного умело и вовремя.

Курс «задушевных» бесед с психоневротиком, вызывающих энтузиазм и желание побед, — вот «тайна» успеха психотерапевта. Психотерапевту приходится делать впоследствии то, что в свое время не сделали школа, среда и семья.

Психотерапевту необходимо быть философом, причем бодрым, оптимистом, с огромной показательной силой воли, выражающейся в ряде героических личных поступков и действий, — примером своим пациентам! Совпадение идеалов, мировоззрения мыслителя-психотерапевта и больного-невротика весьма благотворно.

Психотерапия как «словосочетание» не менее мощна, нежели водолечение, светолечение, грязелечение.

Терапия заикания

<...> Необходимо определить наше отношение к гипнозу. Сперва маленькое отступление. Обычно заикающийся удивляется множеству средств против заикания, находящихся в распоряжении медицины. Можно было бы сказать, что обилие способов лечения против одной и той же болезни не сила медицинской науки, а ее слабость. Это не совсем так. Обилие средств соответствует разнообразию форм данной болезни и в таком случае является неизбежным. Однако категорическое утверждение, что болезни вообще нет, а есть больные, также неверно. В пределах одной болезни все же находим столько общего, что можно смело говорить о болезни, не забывая при этом индивидуальных особенностей больных.

Теперь о гипнозе. Что влечет больных к гипнозу? — Кажущаяся легкость и быстрота исцеления. При этом люди совершенно забывают, что все то, что дается легко и быстро, в лечении таких упорных болезней, как психоневрозы, имеет шансы с той же легкостью и быстротой вернуться... В отношении заикания это, к сожалению, правило, допускающее счастливые исключения. И наша, хотя и тяжелая, но необходимая обязанность — разочаровать очарованных могуществом гипноза.

Гипноз предлагает больному «спать», тогда как надо работать над своим перевоспитанием при содействии коллектива.

Решающее положение коллективной психотерапии

Индивидуальная психотерапия в кабинете врача, при «закрытых дверях», рассчитана на одиночку, «героя». Требуя изоляции, индивидуальная психотерапия восстанавливает нарушенные функции больного в искусственной среде, за пределами которой в своей обычной обстановке больной не застрахован от рецидива. Коллективная психотерапия в корне отлична от психотерапии буржуазной, индивидуалистической, адлеровской. В основе нашей психотерапии — совместный труд в коллективе с конкретной целью: исцелиться.

Одинокого, беспомощного, чувствующего свою малоцен-ность невротика надо подпереть коллективом, срочно удесятерить его силы при помощи коллектива в 30—40 человек.

Коллективная психотерапия исходит из одного решающего положения: не изоляция, не уединение невротика, вплоть до темной комнаты (Кречмер), но и не сразу в нормальный коллектив, вызвавший в свое время психоневроз и способный со временем его же устранить, и не сразу в нормальный человеческий коллектив, где невротик остро почувствует свою неполноценность, свою особенность, а постепенное введение его в здоровый социальный коллектив через ряд промежуточных звеньев, все усложняющихся ситуаций, учитывая своеобразие невротика как личности.

На этом решающем положении коллективной психотерапии, основанном на особом понимании психоневроза, построены три главнейших принципа:

1) принцип предварительный, или организационный;

2) принцип последовательности и соответствия последовательного прохождения трех необходимых фаз с соответствующей каждой из них своей психотерапией;

3) принцип сопутствующий, или использования и комбинирования благоприятных моментов.

Лечение — в свои руки

«Нужно взять лечение, не дожидаясь чудес, в свои руки!» — бросил он (т.е. И.И. Тартаковский. — От авт.-сост.) клич десять лет назад. «Надо предоставить заикам лечиться самим, помогая лишь консультацией и присутствием!»

Идея о коллективе как о лечебном факторе была встречена градом насмешек и, казалось, несокрушимыми доводами многих врачей, раз навсегда решивших все виды болезней лечить порошками и пилюлями. Эти порошочники аргументировали:

1) неслыханно, дико в истории медицины собираться больным для самолечения;

2) собирать больных заиканием для самолечения — величайшая опасность: заикание плюс заикание

даст еще более ожесточенное заикание.

А мы говорили: нет! Заикание плюс заикание даст минус заикания. Победила наша формула!

С самого начала важно усвоить, что коллективно-психологический метод лечения заикания построен на принципе самолечения, на инициативности и активности самих больных. Нужно оставить всякую надежду на помощь извне — в смысле всяких случайностей, чудес и магического влияния отдельных врачей. Этими надеждами каждый больной питался достаточно долго до вступления в коллектив. Использование благоприятных психологических моментов в коллективе самими заикающимися — вот что составляет центральную идею нашего метода. Это нисколько не исключает помощи консультанта-специалиста в случае надобности. Но вся работа исцеления, работа вполне посильная, ложится на самих больных. «То лько мы сами!» — вот что написано на знамени наших коллективов. Раз так, то вопросы организации коллектива приобретают первосте пенное значение. И подбор группы, и периодические перегруппировки участников коллектива, и даже отсевы, и все остальное — подчинены этому основному требованию само-

лечения.

Материальные **условия, здоровье**

<...>Должен ли лечащийся жить в помещении коллектива? В общем жилище в первую очередь нуждаются иногородние. Но и для всех участников пребывание в хорошо оборудованном общежитии в течение непродолжительного времени следует считать более желательным, чем в своей обычной домашней обстановке.

Наряду со здоровым питанием и жилищем следует иметь в виду нормальный отдых и сон. Лучше всего организоваться в коллектив и начать самолечение во время отпуска, обычно весной или летом, с тем, чтобы его потом продолжить. Это тем более удобно, что занятия тогда можно проводить на воздухе, за городом, не отрываясь, разумеется, ни в коем случае от людей. Если же это невозможно, то в начале лечения нужно сократить объем обычной работы, по крайней мере вдвое, или хоть на одну треть, и соответственно увеличить свой отдых.

Перед сном не следует затруднять себя никакой дополнительной работой: обзор дня, наметка на следующий день, самовнушение. Только в редких случаях, когда выступает какое-либо сомнение по поводу речи, надо противопоставить ему одержанную накануне победу в речи и вообще вспомнить что-либо отрадное в своей жизни и заснуть в хорошем настроении.

О гигиене отдыха и сна приходится говорить потому, что она игнорируется большинством. Думают, что достаточно собраться в коллектив, как все разрешается само собой. Это большая ошибка.

Нужно ли доказывать, что наличие у больного других болезней весьма затрудняет лечение заикания? Часто заикание является следствием другой болезни, и тогда достаточно исцелить ее, чтобы ослабить или даже устранить заикание. Иногда заикание — особенно в острой форме — само является причиной нового заболевания. Все это нужно взвесить, тщательно проверить во избежание ошибок и разочарования.

«Исповедь». Сочувствующая среда

Сначала об «исповеди». Это неприятное на слух слово как нельзя более, однако, уместно в вопросе, о котором здесь будет речь. Заикающийся тщетно пытается держать в секрете свой недостаток, хотя первое же слово зачастую его выдает. Многие больные поэтому упорно отмалчиваются, даже тогда, когда необходимо говорить. Между тем, если бы заикающийся меньше стеснялся своего заикания, ему было бы лучше во многих отношениях. Видя, что заикающийся относится к своему дефекту спокойно, что кличка «заика» утратила для него свой ужас, средний человек, склонный в силу мелочности своей натуры ущемить «самое больное место», умерил бы свои нападки. А это дало бы возможность нашим больным чаще упражняться в речи, не забрасывать свою речь, как это ошибочно делают многие, и скорее достичь цели. Это особенно нужно помнить, приступая к лечению. Объявить свое твердое решение лечиться, свое вступление в коллектив и начало занятий — лучшее средство для действительного перелома в своей психике и в отношениях окружающих к себе.

Итак, совершенно открыто огласить, что курс лечения начале я! У кого хватит мужества на такое признание, тот наверняка способен будет и на другие решительные действия, которые еще впереди, и окончательно исцелится.

<...>Кроме указанной «исповеди» есть еще и вторая половина дела. Надо создать благоприятную моральную обстановку вокруг себя: дома, на службе, в общественной работе. Конечно, «исповедь» облегчает это. Помощь со стороны окружающих дома может выразиться в том, что приступившего к лечению заикающегося выслушивают всегда спокойно, интересуясь исключительно содержанием речи, а не формой — по крайней мере внешне.

В первые дни нужно ограничить и свою речь по возможности. Во всяком случае, ближайшее руководство учреждения, учебного заведения, предприятия и т. д. надо предупредить о начавшемся лечении и об ожидаемом от него содействии. Надо пойти на это во что бы то ни стало! Иные на это не решаются из-за малодушия и ложного стыда или из-за желания внезапно удивить людей плавной речью.

Созыв, встречи и подбор групп

Как же встретиться, как созвать людей, заинтересованы в коллективе? Существует множество разнообразных способов созыва заинтересованных лиц. Все зависит от местности, специфических условий и особенностей. Бесспорно одно: кто-нибудь должен начать!

Начнет тот, кто более воодушевлен идеей исцеления, начнет тот, кто, прочитав эти страницы, еще сильнее загорится желанием помочь себе и другим.

Местом встречи может служить клуб, школа и т. п. — с разрешения соответствующей администрации.

Успешность самолечения заикания в коллективе в значительной степени зависит от подбора групп. Это до того очевидно, что распространяться как будто не приходится. На самом же деле в некоторых случаях подбор производится весьма небрежно.

Многие думают, что степень поражения речи является единственным или, по крайней мере, главнейшим признаком в подборе групп. Это неверно. Заика обычно проходит через все виды заикания. К тому же первое впечатление о речи того или иного кандидата в коллектив может оказаться ошибочным.

Но если различия в заикании не столь важны, зато огромное, иногда решающее значение имеют два других момента — результаты прежнего лечения и воли к исцелению. Редкий заика не пытался тем или иным способом у того или иного врача лечиться от заикания. Чем больше было неудачных попыток, тем, разумеется, сильнее безверие в возможность излечения. Но как бы то ни было, рано или поздно в жизни каждого заики наступает момент, когда ничто так не объединяет его силы, как упорное и непоколебимое стремление заговорить! Это настроение приходит не сразу, но последний толчок дают ему какой-либо сильно повлиявший случай: встреча с выздоровевшим от заикания, решение добиться такой-то цели, включающей как необходимое условие способность речи, и т. п.

Пессимистам и скептикам, людям, которым все равно: жить или не жить, — не исцелиться. Примирившимся с заиканием, «примиренцам», не следует даже думать о коллективе, не следует расстраивать ряды коллективистов, смело идущих к завоеванию речи.

Хотя результаты неудачного лечения и оставляют в психике заики нежелательные следы, но решающим являются настроение и воля к победе.

Желательный возраст для начинающих лечение — от пятнадцати до тридцати лет.

Группу лучше всего составлять из пятнадцати-двадцати человек, коллектив может состоять из одной или нескольких групп.

В течение первого месяца желательно работать ежедневно, лучше всего — по утрам, что дает установку на весь день. Для занятий целесообразно использовать помещение клуба или школы, отнюдь не больницы или клиники. Соседство с лечебными учреждениями, особенно с психиатрическим заведением, неприятно отражается на коллективистах.

Весной и летом хорошо проводить занятия на открытом воздухе. В перерывы между отдельными видами работы чрезвычайно желательна бодрящая музыка.

Цель каждой фазы — быстрейший переход к следующему этапу работы. Задерживаться долго на одной фазе крайне нежелательно.

Первая фаза

Настроение до лечения

Психология заики еще не написана. Отдельные меткие штрихи попадаются в литературе — научной и художественной. Изобразить себя с максимальной правдивостью могли бы сами заики. Поэтому весьма важны показания самих больных — в виде автобиографий, дневников, воспоминаний. Этот материал является незаменимым вкладом в общий фонд коллектива.

Одна черта поражает нас особенно в психологии заики: воинствующий протест против недостатка и... глухое примирение с ним одновременно. «Из уст больных заиканием мы часто слышим жалобы, что они готовы бы лучше потерять обе ноги или ослепнуть на оба глаза взамен возвращения речи» (проф. И.А. Сикорский). Очевидно, так говорить может заика в минуты сильного отчаяния, которые у него не так уж редки. И рядом с этим — какое-то наивное представление об особенностях своего заболевания.

Боящимся трудностей заикам надо бы напомнить героические страницы из жизни ряда выдающихся личностей. Елена Келлер — вот пример заикающимся всего мира! Своей силой воли, энергией, инициативой она затмила славу Наполеона! Слепая и глухонемая, она добилась высшего образования, совершила ряд путешествий, написала серию блестящих книг! Стоит только вдуматься, какие гигантские затруднения преодолела знаменитая американка, как высоко она подняла мощь человека в борьбе с природой. Что такое заикание в сравнении со слепотой и глухонемотой! Эти примеры можно было бы умножить. Такие замечательные — не в смысле своего заикания! — заики, как Демосфен, Демулен, Аристотель, Гегель, излечились, будучи захвачены иной страстью, иными устремлениями.

Молчание. «Паек»

Целесообразно ли молчание до лечения и в первые дни занятий? На первый взгляд молчание имеет смысл: забываются несколько старые, привычные речевые движения, уловки; ослабевают навязчивые представления; человек успокаивается, не тратя усилий на бесцельную борьбу с затруднениями в речи. Это положительные явления как будто оправдывают молчание. И однако, надо признать: молчание, особенно длительное, действует угнетающе на больного. Это — почти правило. Разумеется, лучше молчать, чем заикаться. Но надо иметь в виду, что забрасывание своей речи, ограничение индивидуального речевого опыта в такой же мере нежелательно, как забрасывание правой руки у левши. И лучшим средством следует считать установление речевого режима, своеобразного речевого «пайка» для всех членов коллектива. Посадить на речевой паек является необходимым предостережением против излишней речевой продукции, речевого возбуждения некоторых членов коллектива. Вознаграждая себя за вынужденное молчание до коллектива, они теперь, среди своих, не скупятся на слова, не обращая внимания на «брак» в их речи.

Только так можно разрешить этот вопрос в коллективе: ведь люди собираются, чтобы говорить, а не смотреть друг на друга!

Наша речь зависит, между прочим, от целого ряда выразительных движений: от осанки, походки, мимики, жеста. Мы сейчас не говорим об уловках, о речи стоя или на ходу, о гримасах и механической жестикуляции. В частности, овладеть жестом в речи — вообще большое искусство, и не об этом идет речь. Работающим в коллективе следует лишь запомнить, что от осанки, смелой и гордой, от походки, уверенной и прямой, от движений, энергичных и четких, зависит многое. Все это — спутники и союзники хорошей речи; в центре же нашего внимания — речь медленная, плавная, ритмичная. Добиваться богатой, выразительной речи со всеми ее оттенками не приходится, по крайней мере вначале. Это могло бы разбудить дремлющие сомнения в произношении того или иного звука, слова и т. д.

Медленная речь. Ее виды

Коллективно-психологический метод лечения заикания вовсе не упраздняет всех известных видов медленной неза-икливой речи, а лишь утверждает, что применение их в коллективе дает реальный эффект.

Разберем последовательно все виды медленной речи:

1)речь шепотная;

2) речь отраженная;

3) речь-диктовка;

4) речь тихая;

5) речь громкая;

6) речь коллективная;

7) речь-декламация;

8) речь умственная;

9) речь нараспев;

10) речь подражательная;

11) речь авторитетная.

Мы не выделяем в особый вид самый идеальный и желанный тип речи — речь выразительную, ибо элементы выразительности присущи и тихой речи, и громкой и т. д.

Может показаться, что названные виды — это и есть гимнастика речи, обычные речевые упражнения. Неверно. Гимнастику речи сторонники дидактического метода рассматривают как тренировку звукопроизношения, понимают слишком однобоко. Для нас же некоторые из перечисленных видов речи являются прямым переходом к речи обычной, естественной. Более

того, человеку со здоровой речью они весьма полезны. Комбинируя виды речи, нетрудно выработать индивидуальную речь, к чему и стремится лечебный план в коллективе.

Искусство первых дней в коллективе — подсказать каждому участнику его вид речи, используя уцелевший язык его, шепотный, громкий и т. п. Нет такого больного, у которого все виды речи были бы одинаково поражены. Напротив, мы наблюдаем именно «уцелевшие языки». С них и нужно начать, будь то шепотная или громкая речь, лишь бы не обычная его заикливая речь. В таких случаях лечащийся отвлекается, занят мыслями о новом ритме речи. А когда пройдет отвлечение, останется привычка к иной речи, пусть немного искусственной: шероховатости потом сгладятся.

Если смотреть на речь отраженную, речь-диктовку, речь-декламацию, речь подражательную и речь коллективную как на временные и вспомогательные приемы, то остается шесть других речевых типов, наиболее ценных. Из них четыре весьма близки к естественной: речь громкая, речь тихая, речь нараспев, речь авторитетная; а речь шепотная, речь умственная — как предварительные к этим четырем.

Шепотная речь, следовательно, имеет два значения: и как уцелевший язык некоторых членов коллектива и как вспомогательный, «внутренний» прием других его участников.

Уместна ли в коллективе шепотная речь? Можно согласиться на нее в самых крайних случаях как на кратковременное явление. Есть ведь другие, более приемлемые для нас виды речи: певучая, тихая, громкая, авторитетная. Если громкая, особенно авторитетная речь, — дело будущего, то речь нараспев и даже тихая также не представляют затруднений почти для всякого заикающегося. Но если уж вводить шепотную речь как один из видов на несколько дней, то желательно для всей группы.

Отраженная речь, т. е. повторная речь с чужого голоса, еще меньше может претендовать на сколько-нибудь широкое применение в коллективе. Нет нужды воспитывать автоматов. Отраженная речь интересна тем, что она обычно удается в самых тяжелых случаях заикания. «С чужого голоса заикающийся легко может повторить любое слово», — замечает уже знакомый нам Блюме. Но речь нараспев не менее доступна больному. Правда, отраженная речь иногда бывает полезна как способ усвоения необходимого темпа речи. Только в этом ее значение в коллективе.

Такой же вспомогательный, временный характер имеет и речь-диктовка. Она противоположна отраженной речи, отличаясь от нее активностью: здесь человек сам говорит, даже диктует, а не повторяет произносимое другим. Мы предлагаем поочередно участникам коллектива диктовать группе знакомый отрывок или составленную тут же несложную фразу. При этом «диктовщику» предлагается ни на одну секунду не забывать, что он именно диктует, следовательно, должен произносить четко, громко, а главное, медленно, учитывая среднюю скорость письма. Опыт показал, что при такой диктовке заикание отсутствует. По просьбе плохо слышащих или просто нерасслышавших диктовщик повторяет несколько раз одну и ту же фразу совершенно свободно, даже с оттенком важности и авторитетности в голосе. Несомненно, при таком способе произношения на стороне произносителя решающее психологическое преимущество: он диктует как бы свою волю другим... его слушают, ему подчиняются, от него зависимы. Словом, элемент превосходства налицо!

Как один из приемов диктовочную речь, несомненно, можно практиковать в коллективе.

Тихая речь не представляет трудностей для многих лечащихся, тогда как громкая для них сложнее. Объясняется это тем, что тихая речь близка к шепотной, а последняя удается всем. Далее, при тихой речи не требуется больших усилий. Тихая речь интересует нас постольку, поскольку, вообще говоря, необходимо пропустить коллективистов через все виды речи, останавливаясь подольше на особо важных. Человеческая речь использует все виды речи, и нельзя лишать их и коллективистов. Тихая речь, однако, имеет тот недостаток, что она не вызывает активности, не будит инициативы, не зовет в бой.

В этом смысле громкая речь имеет для нас большую ценность. Но, вооружив нашего коллективиста надежной тихой речью, можно легче научить его постепенно повышать тон без ущерба для плавности и слитности речи. От тихой речи к громкой ведут естественные переходы. Громкая же речь воспитывает бойца, усиливает уверенность. Громкая речь помимо этого имеет и другое незаменимое преимущество: она приучает к медленности и четкости. Попробуйте в большой аудитории, и даже в общежитии, говорить громко и быстро. Это почти невозможно. Замечательным средством для работающих в коллективе является произнесение речей на большом расстоянии от слушателей: на площади, в степи, на берегу реки или моря.

Коллективная речь, помимо ее подготовительного значения, может применяться и самостоятельно в начале занятий, когда некоторые коллективисты, ввиду незнакомства и новизны, несколько стесняются друг друга. Тогда групповой вопрос и ответ (хором) себя оправдывают.

Нет нужды последовательно проводить все виды речи. Нас интересует в коллективе выработка индивидуальной речи к концу первой фазы. Как ни различна речь коллективистов, бесспорно одно: она должна быть медленной, слитной, ясной, плавной.

Умственную речь, т. е. мысленное воспроизведение чтения, разговора, весьма полезно сопровождать некоторыми слабыми движениями артикуляторных органов — губ, языка, дыхательного механизма. Умственная речь как слабое зачаточное произнесение слов предшествует не только шепотной речи, но и речи вообще. Ее значение для лечащегося — именно в возможности мыслить при помощи слов законченными редакциями фраз. Эта спокойная отделка фраз в уме, несомненно, сказывается весьма эффективно и в громкой устной речи.

Чтение имеет такое огромное значение, что в коллективе оно наряду с рассказом занимает выдающееся место. Чтение остается прекрасным средством совершенствовать свою речь на всех ступенях работы коллектива и даже по выходе из него.

Во многих случаях чтение давалось труднее устной речи. Это психологически вполне объяснимо. В устной речи заика может менять редакцию слов по своему усмотрению: важна здесь мысль, а не выбор слов. В чтении дан определенный текст, которого необходимо придерживаться строго. В устной речи, кроме того, можно делать длительные паузы перед «трудностями», подыскивая якобы нужные слова. Этим отводит глаза своим собеседникам опытный заика. В чтении этого делать нельзя. Отсюда практический вывод для работающего в коллективе: не ограничиваться устной речью, а обязательно проверить всех участников на таком важнейшем типе речи, каким является чтение.

Теперь о пении со словами. Тут действительно можно вывести всеобщий закон: при пении со словами отсутствует заикание. Пение тем и ценно для нас, что оно обладает всеми необходимыми нам свойствами: протяженностью, слитностью, ритмичностью. Меняя эти три главных особенности пения, можно постепенно приблизить его к несколько необычной, медленной, слегка напевной речи. Вопрос, следовательно, идет об ускорении ритма, о сокращении протяжности гласных звуков. Вот почему коллективное и индивидуальное словесное пение — прекрасное упражнение для голоса и речи.

Наконец, о подражании образцу и авторитетном тоне. Задача коллектива на первой фазе — не останавливаться на медленной индивидуальной речи. Ее нужно закрепить и обогатить еще одним элементом — авторитетностью и важностью тона речи. Замечено, что важный, авторитетный тон собеседника действует подавляюще на заику, усиливая заикание. Но ведь заика может перейти в наступление, пользуясь тем же оружием! Сначала это будет подражание образцу, пусть даже «врагу». Однако подражание не есть отраженная речь. Как бы ни было добросовестно подражание, оно всегда содержит в себе долю творчества, пусть незначительную. Расширив творческий элемент, получаем индивидуальную, обновленную речь с оттенком авторитетности, «солидности». С этим типом речи ассоциируются спокойствие и воля. А ничто так не нужно нашему коллективисту, как спокойствие и уверенность, решительность и энергия. Наступать, не отступая перед трудностями, — вот девиз лечащего от заикания.

Классический пример творческого подражания мы видим на сцене. Один выдающийся актер нашего времени — беспомощный заика в жизни, но изумительный оратор на сцене. Автору этих строк актер объяснил интересное явление исключительно тем, что он полностью входит в роль изображаемого им героя. «Если герой не заикается, — говорит он, — почему же я буду заикаться?!» Очевидно, роль воображения при этом громадна.

Первые победы

Заикание — следствие робости. К сожалению, не существует аппарата для накачивания смелости. Последнее создается одержанием разнообразных повседневных побед с помощью коллектива. Победы в речи — в центре внимания на всех фазах!

Что предшествует этому моменту? — Упорная внутренняя подготовка. Помимо проработки коллективного договора о совместной борьбе устанавливается замедленный индивидуальный темп речи; на нем практикуется чтение и пересказ легких, спокойных текстов, читка автобиографий, дневников, бодрых статеек и т. д. <...> Каждый дебютант должен заранее хорошенько обсудить, какие факты и штрихи из своей личной жизни он намерен отметить.

К концу первой фазы нас интересуют внешние победы, выход на улицу, за пределы коллектива. Прочных успехов лечащийся от заикания добьется в том случае, если он побывает в различной обстановке, а именно: в обстановке сочувствующей ему, равнодушной и даже враждебной. Во всех этих ситуациях важно одно: чувствует ли себя наш коллективист равным в той или иной аудитории, ниже или выше ее. Самой благоприятной для него обстановкой будет, разумеется, сочувствующая, необходимая ему в первое время в такой же мере, как воздух и вода. Сочувствующая среда бывает разная:

среда своих, участников коллектива; среда родных, друзей, благожелателей; среда людей с теми или иными дефектами...

Заикающийся, а также приступивший к лечению чувствует свою неполноценность главным образом в присутствии вышестоящих лиц, иногда вышестоящих в буквальном смысле: высоких, здоровых, сильных. Перед лицом, имеющим тот или иной дефект, нет такого смущения.

Заикающиеся в присутствии детей редко заикаются, чувствуя свое превосходство. Что касается взрослых, то здесь надо иметь в виду следующее. Одни не заикаются в присутствии «своих», другие, наоборот, заикаясь в присутствии своих, не заикаются в присутствии чужих. Надо так комбинировать первое время, чтобы эти «свои» для одних, являясь «чужими» для других, составляли благоприятную аудиторию для обоих типов заикающихся.

«Следует ли готовиться к предстоящим выступлениям? » — спрашивают наивно некоторые. Как же иначе! Величайшие ораторы нашего и прошлого столетия: Лассаль, Жорес, Володарский и другие — готовились к выступлениям не только по содержанию, но и по форме, а нам, обыкновенным ораторам, готовиться нужно и подавно. «Всякому искусству предшествует мастерство», — говорит Гёте. Мастерство же немыслимо без техники, тренировки, понимаемой в широком смысле. Знаменитейший изобретатель, старик Эдисон, недавно умерший, спрашивал о себе: «Что такое Эдисон?» — и отвечал: «...девяносто пять процентов терпения и пять процентов гения».

«Противно готовиться к выступлениям!» — стонут другие.

Сколько раз в день слепой согласился бы лечить свои глаза, чтобы только стать зрячим!

Сколько раз в день немой согласился бы тренироваться в произношении, чтобы только заговорить!

Научить наших коллективистов пользоваться своими неудачами как полезными уроками для будущих побед — вот задача первой фазы.

Между первой и второй фазами необходимо произвести первый отсев. Малоуспевающих, не работающих, живущих все время за счет чужой бодрости, чужих побед, надо из коллектива устранить, хотя бы этого и не хотелось. Отсев поможет всему коллективу двинуться вперед быстрым шагом.

Первая фраза выявляет следующие преимущества коллектива.

1. Больной попадает в социальную среду после известного отрыва, именно в среду равных (в первое время).

2. Вследствие этого у него ослабляется ощущение непол*к* .ценности, угнетающего настроения.

3. У больного появляется чувство принадлежности к коллективу, укрепляется вера в себя, развивается ответственность перед коллективом, желание не осрамиться, приложить все усилия для излечения.

4. Больной отвлекается от себя и переносит свое внимание на других; известно, что в среде себе подобных симптомы у заик почти не проявляются, т. е. заикание значительно уменьшается и даже устраняется вовсе.

5. Больной открывает свою психику и дает обильный материал для самолечения; известно, что самые тонкие страницы о «тайнах» заикания написаны самими заикающимися.

6. В коллективе каждый постепенно начинает и свои фобии (боязнь людей, известных ситуаций и т. д.расценивать иначе, говоря себе, что и другие, их не боятся.

7. В коллективе больные могут проверить друг у друга правильность здоровых рассуждений, неверных внушений,

8. В коллективе возможна сравнительная оценка болезни и условий лечения; такая коллективная оценка, с утверждением о возможности для такого-то члена коллектива исцелиться, действует чрезвычайно ободряюще на коллективиста.

9. В коллективе участники отмечают и утверждают друг у друга успехи, и такое коллективное утверждение куда сильнее индивидуального, исходящего от врача: известно, что больной больше верит больному же, чем врачу.

10. В коллективе больные находят друг у друга индивидуальные особенности, то здоровое, что уцелело в психике, и это используется в лечении.

11. В коллективе больные имеют впервые возможность говорить, читать свои тенденциозные повести, дневники без риска быть осмеянными за медленную речь и интимные признания; кто из здоровых людей стал бы их слушать на первой фазе?

12. Все «победы», действия, казавшиеся до коллектива неосуществимыми, больные совершают совместно, служа друг другу моральной поддержкой, тогда как индивидуальная психотерапия возлагает все трудности на одного лишь больного.

13. В коллективе сильные берут шефство над слабыми, взаимно заряжаются бодростью и энергией.

14. Победы в коллективе обычно преувеличиваются, а неудачи преуменьшаются; коллективно обсуждаются, осуждаются и осмеиваются неудачи.

15. Коллективное самолечение экономически доступнее всякого иного лечения: никаких затрат оно не требует, а добиться помещения или чего-либо иного легче коллективно, чем в одиночку.

Опасения некоторых об «угнетающем действии» коллектива на участников, о «психической заразе» не сбылись в действительности. Коллектив может оказаться бесполезным — при плохой организации, неудовлетворительном отборе участников, но вреда он принести не может. Заикание в коллективе никак не может усилиться, этому препятствуют, между прочим, периодические отсевы и перегруппировки.

Вторая фаза

За медленную речь

В конце концов основное содержание работы коллектива на первой фазе составляют беседы и победы; беседы, подготовляющие победы, и победы, закрепляющиеся беседами. Беседа — это и есть победа, так как в ней, беседе, участвуют ведь все члены коллектива. Победы на первой фазе и проводятся внутри коллектива в виде устных бесед, на которые приглашаются здоровые люди в качестве слушателей, а иногда и участников.

При этом большое значение приобретает содержание бесед, докладов и т. д. <...>Лучшим для этого средством является новизна содержания, разнообразие, интерес, увлечение.

Одна из таких важных бесед на первой фазе — это беседа о медленной речи. Обычно заикающийся думает, что он находится в заколдованном кругу: «Я боюсь говорить потому, что заикаюсь, а заикаюсь потому, что боюсь говорить». В этой краткой формуле, включающей в основном всю психологию заики, надо разобраться. Первая часть формулы — «боюсь говорить, потому что заикаюсь», — неверна, не дает никаких перспектив, а потому совершенно неприемлема для нас. Вторая часть формулы — «заикаюсь потому, что боюсь говорить», — это огромный спасательный круг. Все внимание лечащегося от заикания должно быть обращено именно на эту вторую часть формулы, и он убедится, что никакого заколдованного круга нет! Тогда причина заикания представится ему с потрясающей ясностью: боюсь говорить *вследствие неуверенности, сомнений, вытекающих из старого печального опыта и отсутствия надежной опоры — медленной речи.*

Задача: дать надежную, медленную, индивидуальную медленную речь, заменить печальный прошлый опыт повседневным новым опытом в обновленной, оздоровленной речи.

Только так и можно вырваться из плена тяжелого прошлого и настоящего. Итак: не бояться! Для этого: иметь гарантию — незаикливую речь. Этой новой речью овладеть в коллективе, закрепив ее в конкретных победах с помощью того же коллектива.

Является ли медленная, точнее, замедленная речь — уловкой? Ни в коем случае! Скорее торопливая речь есть уловка и признак неуверенности: быстрее сказать, пока «говорится»...

Но вот заика в записке, поданной им на одной из наших лекций о коллективной психотерапии, пишет: «Очень часто наблюдается, что для заики требование говорить замедленной речью является более тяжелой психической травмой, чем его заикание; он предпочитает заикаться, но не говорить медленной речью, которой стесняется. Что делать в таком случае?»

В таком случае надо выбирать: или всю жизнь заикаться, или несколько месяцев и даже полгода говорить медленной речью, постепенно ускоряющейся и приближающейся к здоровой. Третьего выбора не дано.

Конечно, слишком медленная речь действует удручающе на говорящего, не говоря уже о слушателе. Но мы ее и не рекомендуем. Нельзя ни на одну секунду забывать, что медленная речь — пробка для начинающего пловца-коллективиста: он плавает на ней, застрахованный поддержкой стоящих на берегу и глядящих ему радостно вслед друзей-коллективистов. Научившись плавать, он ее бросит, пустившись в самостоятельное далекое плавание, отдаляясь от коллектива с благодарным о нем воспоминанием.

Темп речи будет ускоряться за счет рационализации речевых движений — не иначе.

О сучках, задоринках подозрительности

Подозрительность и скептицизм некоторых заикающихся прямо поразительны.

Рядом дневников, бодрых статеек, бесед, рассуждений коллектив старается выработать правильное отношение в подобных случаях.

Еще интереснее вопрос о запинках, о так называемых сучках и задоринках. Индивидуальная речь, которую дает своим участникам коллектив, не гарантирует от запинок с абсолютной строгостью. Да и было бы совершенно несправедливо лишать бывшего заику права на... запинку, того неписаного права, которое широко использует каждый говорящий. Мыслима ли человеческая речь без единой задоринки, спотыкания, повторений? В жизни этого не бывает. С полным правом можно было бы спросить каждого боящегося запинок: «Позвольте, а ноги вы всегда ставите правильно, не спотыкаетесь? Что было бы с движениями ног, если бы всегда о них думать!» Но заикающийся привык считать запинки, свои и чужие. Этой привычкой он обязан родным и знакомым, печальникам и скорбникам по поводу его речи. Коллективист Л. в своем выступлении на тему о запинках откровенно признался, что, слушая одного из лучших ораторов, он интересовался исключительно формальной стороной речи и насчитал в ней в течение сорока минут восемьдесят три запинки. Оратор, которого слушал наш коллективист, никогда не заикался и известен в стране как лучший трибун. Что же говорить о посредственных ораторах!

Серия бесед должна умерить подозрительность нашего коллективиста. Не думать о запинках, которые не есть заикание. Дело не в них, а в общем самочувствии. Речь не может журчать, как ручей, или шипеть, как граммофонная пластинка. Речь чересчур гладкая, без единой запинки, производит неприятное впечатление, как заученная, многократно повторенная, неискренняя. Речь должна строиться на глазах у публики, слушателя, собеседника. А строительство — импровизация — невозможно без сучков и задоринок. Не гладкая, «причесанная» речь волнует аудиторию. Речь, чтобы быть убедительной, должна исходить от взволнованного человека и производить впечатление волнующее. Апатичный и вялый оратор никого не убедит и себя усыпит. С этим почти соглашаются, но возражают против предварительного волнения у оратора или актера. И это неверно. Одаренный оратор или актер, еще до выхода на сцену или трибуну, испытывает легкое волнение — перед мощью и красотой человеческого слова. И это относится даже к закаленным ораторам или актерам, чувствующим счастье своего дарования и ответственность вместе с тем! Так что запинки и некоторое волнение перед и во время речи, особенно в ответственных случаях, вполне законны у выздоравливающего от заикания, как они законны у всякого человека. Лучше черкать на бумаге, чем устно. И перед докладами и большими выступлениями рекомендуется тщательная подготовка с пером в руках. Но и в этом случае отдельные запинки неизбежны и вполне оправданны.

Предрассудки и уловки

В процессе лечения от заикания важно освободить больного от предрассудков и уловок. Сохранение их — верная гарантия возврата болезни.

.Можно с математической точностью доказать, что у каждого заикающегося существуют «дружественные» и «враждебные» буквы, вернее, звуки. Одни он приемлет, ими пользуется, другие — ненавидит, игнорирует, с ними борется и, надо сказать, безуспешно.

Было бы совершенно неправильно обратить усилия заикающегося на борьбу против того или иного звука. Заика, как правило, способен забыть вчерашний «трудный» звук и приняться за новый. «Какой сегодня звук является вашим врагом? » — можно спросить каждого заику. Бесспорно, здесь существует известная устойчивость, определяемая неведомыми нам закономерностями мышления. Но факт прохождения через болезненное воображение заики всех звуков человеческой речи должен нас предостеречь от вредной и бесцельной борьбы с ними.

Заика обычно — ловкий дипломат, искусный редактор. В проектируемых им мысленных редакциях фраз он осторожно обходит все опасное и сомнительное, отступая то и дело перед кажущейся трудностью. Таким образом ему удается скомбинировать нужные фразы, часто весьма далекие от первоначального предварительного наброска. Вследствие этого заика иногда жалуется на бедность родного языка. Он обогащает свой словарь с помощью художественной литературы, располагая слова в своеобразном порядке. Богатый словарь, следовательно, временно помогает заике, удерживая укрепившиеся уловки. Разумеется, окончательное исцеление от заикания не основано на отрицании совершенствования в языке.

Иные заикающиеся опасаются большой речевой продукции: такое-то количество слов могут произнести, после якобы начинают заикаться. Другие жалуются: как только выходят за пределы

своих знаний — так и начинают заикаться. Последнее, разумеется, не страшно. Нужно, стало быть, хорошо знать то, о чем говоришь.

Как же коллектив борется против предрассудков, суеверий и сомнений в своей речи? В основном — беседами и победами; беседами до и после побед.

Сами заики стараются отвлечь себя от трудных звуков, которые для них действительно трудны ввиду болезненного сосредоточения внимания на них. Для этого они используют приставки, пересыпают речь «мусорными» словами, от которых, кстати, несвободен и так называемый здоровый человек, прибегают к различным уловкам. В этом и заключается, между прочим, ценность коллектива, что в нем нельзя скрывать уловок. И хорошо! Лучше «честно» заикнуться, чем прибегать к уловкам. Отнимая уловки, коллектив дает своим участникам более могучее средство — бесстрашие, мужество, уверенность. Сколько уловок разоблачил коллектив! Хождение во время речи; чрезмерно громкая речь, граничащая с гневом; беспрерывный поток речи и боязнь остановок, пауз, и даже неуместная шутка или улыбка как уловки... Мы говорим в коллективе: убери уловки, не мешай себе говорить!

Но нужно идти дальше и спросить себя: где же причины уловок? И окажется, что причиной уловок является навязчивость. Это она твердит заике: «Ты заикаешься, спасайся "за уловку!"» И, охваченный паникой, заикающийся «спасается» за испытанную уловку, тем самым закрепляя свое недоверие к себе. Что же питает навязчивость? Страх, боязливое самочувствие, основанное на печальной практике речи, на неудачах и поражениях в прошлом. Устранить страх способны лишь победы в речи с помощью коллектива. При этом в специальной беседе обсуждается сущность страха и меры его предупреждения и ослабления. В прениях по докладу на эту «страшную» тему подчеркивается мысль: страхом страдают суеверные, темные, религиозные люди, разве мы к ним относимся?! Коллектив не ограничивается осуждением робости, пугливости, застенчивости. Он дает индивидуальную речь коллективисту, пользование которой только и возможно благодаря моральной поддержке коллектива.

Не бороться прямо!

Беседу о навязчивости и страхе нужно провести обязательно в течение второй фазы, желательно даже к концу первой фазы. Бороться с навязчивостью можно лишь, не думая о ней. Это мнение разделяется крупнейшими психотерапевтами. Д е ж е р и н говорит: «Больной будет излечен тогда только, когда вполне искренно он сможет сказать по поводу своих расстройств: "Я о них больше не думаю"».

Не бояться более врага — это и значит пренебрегать им. Мы учим в коллективе — быть индифферентным к своей речи и ко всему, что касается ее; снять свое ненужное, вредное шефство со своей речи и создать правильную пропорцию: столько же думать о речи, сколько и о ногах.

Нам следует все же подробнее разобрать эмоцию страха. Есть люди — не заики, боящиеся публичных выступлений. Всем известны заикающиеся ораторы, декламаторы, певцы, музыканты <...>. У музыканта — пианиста, скрипача — от сильного волнения, боязни, страха — дрожь в пальцах; у певца, актера — спазм в голосе и т. д. Это лишь подтверждает мысль, что между патологией и «нормой» существует множество переходов, что особенно заметно на психическом здоровье людей. Примеры — названные факты. Важно только установить, на каком именно переходе, «на какой именно версте» находится в данное время человек от настоящей патологии.

Нельзя забывать, что навязчивость возрастает — и количественно, и качественно, и по своей продолжительности — по мере усиления боязни, робости, страха. Как же преодолеваются страх, боязнь, робость? Во всяком случае не гипнозом и его волшебными заклинаниями, а спокойным, логическим размышлением и практикой побед до наступления нежелательных ощущений. Следует сосредоточиться и самостоятельно обсудить: почему я боюсь такой-то ситуации? Предупредить страх — предупредить заикание.

В обсуждении разбираемой темы обычно всплывает вопрос о развязности как противоядии от навязчивости. Так как коллектив рекомендует участникам освободиться от напряженности, развязать себя, то из этого правильно заключить: а не следует ли максимум внимания обратить на развитие смелости, храбрости и даже развязности?

Именно так!

Развязность не есть уловка, а лишь высшая степень смелости, уверенности. Храбрецы и смельчаки в коллективе способны на героические подвиги, ответственнейшие выступления и т. д., увлекая за собой других.

В заключение приведем образцы лозунгового творчества коллективистов, являющегося обычно следствием разобранной беседы. Творчество коллектива — железный фонд бодрости для всей организации. Конкурс и соревнование среди участников коллектива на лучшее убеждение, рассуждение, на большее количество и лучшее качество побед приводят к весьма хорошим результатам. Вот ряд лозунгов:

— «Я не знаю отступлений, не знаю защиты, — я знаю одно лишь наступление. Начало защиты есть уже переход в наступление!»

— «Ни обстановка, ни тема, ни аудитория, ни момент —ничто не способно оказать никакого решительно влияния на меня, на мою речь — спокойную, совершенную, образцовую!»

— «Было бы что сказать, а скажу я хорошо, плавно, уверенно».

— «Несколько лет играл я роль заики в жизни. Сейчас перехожу к другим ролям, более смелым. Жизнь коротка, надо торопиться!»

Третья фаза

Философы

Почти в каждом большом коллективе (состоящем из нескольких групп) встречается тип философа. В одном случае это — оптимист и даже юморист, в другом — пессимист. И тех и других можно использовать в интересах всей организации.

Веселое настроение играет, разумеется, огромную роль в лечении таких упорных психоневрозов, как заикание.

Конечно, юмор невротиков и его использование, смех в коллективе как лечебный фактор — это чрезвычайно заманчивая, захватывающая тема. Заикающиеся по своей психологии особенно чутки к юмору и сатире. Впечатлительные и восприимчивые, они впитали в себя бесчисленное множество юмористических замечаний, иронических намеков, а то и прямо насмешек по их адресу. Отсюда — стремление к наступательному действию тем же оружием! Комическое и заикание, вообще говоря, — тема вполне законная. В самом заикании мы имеем элемент комического. Отсюда у заики — боязнь быть объектом комического. Нас сейчас интересует взаимное использование смеха, шутки для искоренения робости, застенчивости, навязчивости. Кроме того, задача состоит в том, чтобы преодолеть боязнь комического у заикающегося, и наоборот, научить его использовать оружие комического против насмешников, расширив и подняв затем сатиру бывшего заики на принципиальную высоту.

Нет нужды прибегнуть к своеобразной терапии через разгневание пациента с помощью угроз или грубого обращения. Подлинная психотерапия в коллективе, отрицая последнее, совершенно не исключает юмора, равно как и лирики и пафоса, в лечении психоневроза. Психотерапия — «словолечение» — не в смысле повторения магических, чудодейственных слов, а в смысле удачного использования всего богатства данного языка, содержащего в себе веские, разумные мысли, проникнутые теплотой и юмором. И применение в коллективе подлинной беззлобной шутки, состоящей из элементов сатирического и лирического, оправдывается целиком.

Подготовка к победам

Чего именно следует опасаться в коллективе — это застойности, косности, приостановки роста, задержки на одной фазе.

Третьей фазе — бывший больной среди здоровых — предшествует коллектив смешанный: бывшие больные плюс здоровые. Мы считали целесообразным не разрывать изложения содержания работ этих двух фаз. Собственно, подготовка к победам проводится в течение второй фазы, но так как ее результаты сказываются лишь в дальнейшем, то надо вернуться несколько к прошлому.

Специфическим моментом второй фазы является то, что для коллектива начинается новая решающая полоса: выступления в присутствии здоровых людей. Этой полосе обязательно должны предшествовать очищение коллектива от балласта и проверка своих рядов. Вторая фаза и начало третьей — самое интересное, захватывающее, трогательное в правильно организованном коллективе. Подъем у коллективистов возрастает, весеннее, радостное настроение охватывает всех участников. В честь здоровой речи пишут стихи, слагают песни. И стихи, стихи — какое-то стихийное бедствие! Но эти гимны речи, свободе ее чрезвычайно трогательны.

Выздоравливающий не удовлетворяется больше своей средой, а хочет, чтобы его слушал здоровый. Понемногу, по желанию самих участников, в коллектив приглашаются здоровые люди — родные, друзья, знакомые. Весьма важно, чтобы в коллектив приходили сослуживцы, соучащиеся выздоравливающих и слышали безупречную речь своих знакомых. Тогда нашим

коллективистам нельзя будет отступать в своей среде,где живут и работают свидетели их успехов.

Какие речевые занятия можно продемонстрировать перед гостями? Легкие пьески, диалоги, отчеты, все виды речевой практики могут и должны быть использованы. Надо лишь стараться при этом, чтобы участвовали все в прениях, во внесении предложений, в подаче реплик и т. п.

Параллельно с внутренними победами, а иногда и несколько раньше, совершаются победы внешние: групповые вылазки с той или иной целью. Здесь огромный выбор всяких возможностей. Исполнить какое-либо поручение, требующее разговора, получить справку в учреждении, купить билет в кассе и т. п. При этом для большего закала воли выбираются различные неблагоприятные условия, например: в переполненном вагоне трамвая громко попросить у кондуктора остановку по требованию, на улице спросить что-либо у самого сурового на вид прохожего и т. п.

Настоящие победы!

Большим публичным выступлением, представляющим и для вполне здоровых людей серьезное испытание, должны предшествовать ежедневная практика в разговорной речи и воспитание воображения в нужном направлении. Надо читать воображаемым слушателям доклады. Это сперва будет нелегко. Представлять себе слушателей, когда их нет, и, наоборот, вообразить себе, что читаешь один в аудитории, когда на самом деле она наполнена слушателями. Коллективисту такая тренировка дается легче, поскольку он постоянно общается с коллективом. Задача здесь — уметь видеть в лице коллектива одного человека. О роли воображения говорить не приходится.

Продолжительность той или иной фазы прежде всего зависит от роли ее в исцелении заикания. Первая фаза — искусственная среда — является первичным, предварительным этапом. Останавливаться на ней дольше трех декад — нецелесообразно, пройти ее в две декады — крайне желательно. Вторая фаза — бывшие больные плюс здоровые — ближе к действительности, следовательно, более нас удовлетворяет. Но и она не должна чрезмерно длиться. Лучшей для нее продолжительностью, пожалуй, следует считать три-четыре декады. Что же касается третьей фазы — выздоравливающие в здоровой среде, — наиболее для нас желанной, то здесь сроки условные. Начавшись в коллективе, третья фаза будет продолжаться и за его пределами. Другими словами, будет достигнуто то, к чему мы стремимся: нахождение нашего бывшего коллективиста в обществе себе подобных, т. е. в обществе здоровых людей.

Специфическое для третьей фазы состоит в том, что наш коллективист одерживает победы в обычной обстановке, житейской, реальной, откуда пришел он в коллектив. Сами участники коллектива составляют теперь списки желанных побед в зависимости от тех или иных условий, окружающих их. Студент одного из московских вузов Р. для окончательного закрепления своих успехов желает выступить с докладами на ближайшем семинаре и студенческом собрании. «Тогда почувствую себя совершенно счастливым!» — заявляет он.

Начинается подготовка. Сначала оратор делает доклад в коллективе, куда приглашены некоторые будущие его слушатели-студенты. Доклад обычно удается на славу. «Вот так сделаешь ты свой доклад в институте, — говорят счастливцу. — Окажем тебе моральную поддержку».

В момент выступления нашего коллективиста передние ряды в зале, где назначен доклад, занимают друзья-коллективисты, служа могучей опорой докладчику. Докладчик устремляет свое внимание на своих товарищей по коллективу и представляет себе, что доклад он делает собственно в коллективе. Пессимисты и скептики не поверят, но факт — упрямая вещь, с триумфом возвращается наш оратор с доклада. Победа! Победа!

Победитель делил свою радость вместе со всем коллективом, его воспитавшим и вдохновившим на подвиг. Успехи докладчика служили неисчерпаемым источником бодрости для всего коллектива. Эти победы заносились в особую книгу побед...

К ораторскому искусству

Начинающий лечиться от заикания поступит благоразумно, если не будет скупиться на время. В самом деле: разве можно болезнь, развивавшуюся годами, а иногда и десятилетиями, искоренить в десять-пятнадцать дней. Однако в коллективе нет нужды работать полгода: закончив в нем все фазы, в среднем, в три месяца, надо в дальнейшем работать самостоятельно по указанному выше плану.

Сейчас можно сказать и о рецидивах. Они были и будут. Из ста лечащихся по коллективно-психологическому методу значительная часть исцелится, большая часть получит облегчение; остальные неизбежно отсеются в процессе работы.

Это совершенно бесспорно. Все дело в том, насколько благоприятны условия лечения, с какой энергией взялся больной за выздоровление. От нас самих зависит сократить до минимума случаи неполного излечения или рецидивов.

Замечательное свойство коллектива в том, что он не только устраняет заикание, но и весьма часто вырабатывает ораторов. К этому стремятся многие выздоравливающие. Да это и понятно. За долгие годы тяжелых переживаний заикающийся должен себя чем-то компенсировать. И эта компенсация выражается в способности развивать и совершенствовать свою устную речь.

Не смешно ли для заики, не владеющего так называемой нормальной речью, мечтать об ораторском искусстве? Нет, не смешно. Старые методы лечения заикания, в том числе и индивидуально-психологический, грешат именно тем, что вооружают бывшего больного в лучшем случае речью обыденной. Условия же нашей действительности требуют почти от каждого общественного работника время от времени публичных устных выступлений. Отказ от публичных устных выступлений равносилен для бывшего заикающегося возврату к прежнему угнетенному состоянию, предрасполагающему к заиканию.

З а и к а м о ж е т и о б я з а н с т а т ь о р а т о р о м!

Индивидуальное на фоне коллектива

Если формула «Нет болезней — есть больные» в известной мере верна, то наше внимание индивидууму вполне законно. Было бы неправильно противопоставлять индивидуальное коллективному, отдельное — общему.

Следовательно, задача состоит в том, чтобы в каждом больном найти его «изюминку», его индивидуальную особенность, что и подмечают коллективисты друг у друга. В этом — оправдание коллектива. Эту личную благоприятную черточку надо развить, укрепить, максимально использовать: она вывезет.

Превосходство в каком-либо отношении, и в частности превосходство в ц е л и и в увлечении, — вот богатейший добавочный источник, из которого невротик может черпать силы в разумной борьбе с недугом.

Весьма полезно, чтобы человек был охвачен какой-либо целью или увлечением.

Невротик нередко живет в слишком узком кругу интересов, в ограниченных рамках. Нужно их расширить и перераспределить внимание, — в этом главнейшая задача психотерапевта. В частности, невротику нужно из слона сделать муху. Великий немецкий публицист Людвиг Берне, друг гениального немецкого поэта Генриха Гейне, в кратком изречении дал руководящую нить для психотерапии: «От страстей исцеляются не рассудком, а другими страстями». Надо бывшим невротикам иметь свой маленький огонек, который бы светил и грел и звал вперед к большому огню.

Тартаковский И.И. Психология заикания и коллективная психотерапия. — М., 1934. — С. 67.

М.Е. Хватцев

Комплексный метод преодоления заикания и особенности его применения для детей дошкольного возраста. Ускоренная речь. Замедленная речь

Современная советская комплексная система

В настоящее время признано, что заикающиеся нуждаются в специальных приемах воспитания нормальной речи, в которых упражнения считаются необходимыми, что только общим лечением нельзя достигнуть положительных результатов. Один из специалистов называет такое лечение «безответственным и легкомысленным»).

Но речевые упражнения, практика в речи как педагогический процесс должны комплексно сочетаться с другими мероприятиями и методами воздействия на заикающегося. Сюда относятся: воспитательная работа, специфическое воздействие на некоторые своеобразия психики заикающегося (психотерапия), лечебные процедуры и оздоровительные средства.

Весь такой комплекс применяется или одновременно, или в известной последовательности в зависимости от психического и физического состояния заикающегося и механизма самого дефекта.

Излагаемые упражнения в речи ни в коем случае не должны превращаться в занятия, оторванные от личности ребенка, от его деятельности и отношений к окружающим, в механическую тренировку по данным тем или иным автором схемам. Такие упражнения бесплодны и даже вредны. Видные специалисты стоят на этой точке зрения.

«Пытаться лечить заикание, просто уча заикающегося говорить, — это все равно, что лечить корь или оспу смазыванием прыщей слюной», — говорят некоторые из них. Упражнения имеют своей конечной целью не воспитание работы отдельных аппаратов речи (дыхания, голоса и т. д.), а воспитание нарушенных связей, координации этих движений в головном мозгу (Сикорский и др.)-

Борьба с заиканием должна вестись обязательно в условиях коллектива, потому что речь — явление социальное, а также и потому, что заикание в значительной мере вторично, социально обусловлено. Существенным фактором заикания является эмоциональная напряженность и неустойчивость заикающегося. Эмоции же формируются и проявляются в коллективе, являются результатом традиций и воспитания, зависят от общественной трудовой жизни человека, его потребностей, взаимоотношений с окружающим, внешним миром.

Наконец, свойственное многим заикающимся сосредоточение на своих внутренних переживаниях (эгоизм) изживается через активное включение опять-таки в коллектив.

Самым важным и в то же время трудным в этой работе является выработка здоровых установок заикающегося на среду, на свой дефект и на свою роль в борьбе с ним.

Необходимо прежде всего успокоить его, отвлечь от тяжелых переживаний, разоблачить преувеличенные и неправильные представления о пагубности и непреодолимости дефекта.

Чрезвычайно важно возможно скорее установить и разъяснить заикающемуся причины заикания, указать на возможность и необходимость устранения факторов, питающих дефект, снять давящую его психическую напряженность. Основным при этом является внедрение в его сознание убеждения, что освобождение от заикания прежде всего является делом его личной и упорной работы над собой и зависит от его твердой решимости победить свой дефект, что поможет ему преодолеть все трудности и достигнуть полного успеха. Укрепление воли заикающегося к свободному проявлению личности в социальной среде, к здоровой речи является постоянной заботой логопеда.

Нужны педагогический такт, сноровка и глубокое знание дела, чтобы правильно подойти к разрешению этих вопросов, учитывая и возраст, и своеобразное развитие, и индивидуальные особенности личности заикающегося, и характер самого дефекта, и наконец, условия домашней жизни.

Такую воспитательную работу надо систематически в течение всего курса вклинивать во все виды проводимых занятий, вместе с заикающимся анализировать путем бесед проявляющиеся у него болезненные навыки, отмечать здоровые проявления и полную возможность ими пользоваться во всех случаях жизни. Анализ внутренних его переживаний и поведения, систематическое (на основе такого анализа) воздействие на него в форме убеждения — основной метод работы.

Речь заикающихся воспитывается по возможности в естественных условиях речевой практики, усваиваются правильные речевые навыки, и предотвращаются их срывы. Следует при этом увязывать, с одно стороны, жест, мимику и звук, с другой — дыхание, голос и артикуляцию. То и другое проявляется в семантическом единстве. Выработка (в случае нужды) изолированных движений, элементов речи должна немедленно связываться с их синтезированием в форме осмысленной речи.

Нормальные процессы в организме, особенно в речи, ритмичны, поэтому все воспитываемые движения (речевые и неречевые) у заикающихся должны быть подчеркнуто ритмичны. Для него полезно все, что связано с четким ритмом, как-то: музыка, гимнастика, особенно ритмическая, некоторые виды спорта (плавание, гребля).

Итак, в основе логопедической работы с заикающимися лежит: 1) организация сознательного, правильного отношения коллектива (семья, школа и т. п.) к заикающемуся; 2) воспитание у него здоровой психики и правильного отношения к окружающим и к своему недостатку, изживание явлений невротических, болезненных; 3) воспитание гармонического, плавного, ритмичного функционирования всех элементов звукопроизносительного аппарата и всей речи в целом; 4) целостное воздействие на личность ребенка.

Одновременно с воспитательной работой во многих случаях проводится лекарственное и физическое лечение, укрепляющее нервную систему заикающихся, воздействующее на другие нервно-психические заболевания, нередко имеющие общую этиологию (психастению и т. п.). Логопедические занятия необходимо вести в тесном контакте с врачом-невропатологом. Он не только лечит заикающегося, но и консультирует логопеда в вопросах воспитания здоровой речи (дозировка продолжательности занятий и т. п.).

Задача занятий — перевоспитание психофизиологически травмированной личности заикающегося с одновременным устранением неврологических нарушений в области звуко-произносительной функции. Полная ликвидация судорог в речи — существенная, но не самодовлеющая задача, так как наличие слабо выраженных симптомов его не ограничивает нормального проявления общественной личности «перевоспитанного» и «оздоровленного» заикающегося. Первоочередной задачей является оздоровление психики (переживаний, отношений) заикающегося и социального окружения с одновременным (в случае надобности) лечением и укреплением нервной системы и сомы — патологического синдрома в целом.

Для детей пред- и дошкольного, а также младшего и среднего школьного возраста ставится задача полной ликвидации заикания. Для старших же возрастов заикающихся в известной мере приходится удовлетворяться смягчением дефекта при одновременном оздоровлении личности заикающегося.

В предлагаемой системе учитываются компоненты как физиологические, так и психические, обусловливающие заикание и выступающие в единстве, с превалированием одного из них в известных случаях, стадиях и условиях развития заикания. Все это устанавливается тщательным всесторонним изучением заикающихся.

Так как в основе судорожных явлений при заикании лежит нарушение координации речевых механизмов, что признается даже авторами, отрицающими всякое упражнение физиологических компонентов речи (дыхания, голоса, артикуляция), то ясна необходимость укрепления и выравнивания этих координации путем систематических упражнений. На базе их, как на конкретных речевых объектах занятий, строится вторая, наиболее ответственная, сложная и трудная работа — перевоспитание психики заикающегося (его сознания, в особенности воли и эмоций).

Одновременно ведется лечение и укрепление нервной системы и общего здоровья.

Одни отвлеченные разговоры (убеждения, разъяснения, внушения) без непосредственной практики в правильной речи, притом в жизненных ситуациях, являются бесплодными. Заикающийся должен с первого же занятия почувствовать, что он действительно может говорить без заикания. Это достигается сначала путем овладения им отдельными компонентами и облегченными формами речи. Используются в первую очередь моменты физиологические в сочетании с воздействием на психику ребенка: непрерывное подкрепление речевыми раздражителями его актов произношения (сопряженное дыхание, произнесение гласных, слов, фраз) с одновременным подбадриванием, уверением в успехе и т. п.

Так, на базе первых физиологических удач — а они обязательно должны быть — строится уже ипсихологи-ч е с к а я работа. Физиологические моменты в форме дидактических упражнений используются как средство воздействия на психику заикающегося, в свою очередь благотворно влияющую на физиологические процессы речи в плане единства физиологического и психического.

В случаях возможности получения плавной речи, абсолютно без судорог, сразу же без упражнения в ее компонентах, указанные ниже упражнения не применяются, и вся работа сводится к обучению медленной, плавной (слитной) ритмизированной речи в ее разных формах и ситуациях (речь сопряженная, отраженная, в присутствии посторонних и т. п.). При этом (особенно в случае групповых занятий) все же следует в плане установки проделывать каждый раз от двух до пяти минут упражнения в дыхании, голосе и речи, вводящие речь заикающихся в известный ритм и темп, создающие у него покой и уверенность. Ученица, у которой заикание было ликвидировано на 7-м году, до 10 класса по утрам просит мать проделать с ней речевую гимнастику, заявляя: «Тогда я чувствую себя весь день спокойной и уверенной».

Занятия с заикающимися дошкольниками строятся иначе, чем со школьниками, а с подростками по-иному, чем со взрослыми. К воспитанию самой речи приступают лишь после тщательного исследования заикающегося логопедом и невропатологом, в соответствии с чем устанавливается метод логопедической работы и лечения<...> .

Дополнительно к вопросам схемы выявляется ряд других, не предусмотренных схемой, но связанных с заиканием моментов. Так, например, при появлении заикания вследствие подражания выясняется, что побудило имитировать заикание. Когда заикание периодически то усиливается, то ослабевает, тщательно изучается причина этого. Если улучшение происходит, например, летом, когда ребенок живет без отца или матери, то следует причину заикания искать в семейных взаимоотношениях и т. д.

Особенно важно выявить скрытые механизмы заикания как внутренние конфликты, возникшие в результате подавления, ущемления детской личности. Задача логопеда — разрешить эти конфликты, успокоить ребенка, а задача эта сложная и тонкая. Одного похлопывания по плечу и подбадривания в этом случае мало. Образование новых доминант, тормозящих старые, больные, — основа метода.

Первые встречи логопеда с заикающимся должны быть серьезно продуманы. Путем живой искренней беседы устанавливаются интимные, доверчивые отношения с заикающимися; без излишнего подчеркивания дефекта, тем более без слезливого сочувствия проявляется серьезное участие в его беде, авторитетно внушается заикающемуся уверенность в полном успехе, если только он захочет этого и употребит нужные усилия; указывается, что заикание не есть что-то непреодолимое.

В разговоре с детьми старшего возраста полезно как бы мимоходом отметить, что заикание не является чем-то позорным, что и заикаясь, можно прекрасно учиться и счастливо жить, привести пару примеров из жизни выдающихся людей, страдавших заиканием. Беседа заканчивается выражением твердой уверенности, что улучшение речи пойдет быстро. Конечно, разговор должен вестись на уровне умственного развития и интересов заикающегося.

Первые встречи и последующие занятия надо проводить в такой обстановке и моральной атмосфере, в которой дети могли бы чувствовать себя спокойно и непринужденно. Обязательное условие: на занятиях ученик не заикается. Этим у него создается уверенность в успехе и в своих возможностях.

Переходя к непосредственному изложению методики перевоспитания речи у заикающихся, следует отметить кардинальную сторону ее — дифференцированность в отношениях различных категорий заикающихся.

Прежде всего приемы работы должны соответствовать возрасту заикающихся — дошкольному, школьному и зрелому. В этом отношении дифференциация не представляет затруднений, и обобщение отечественного опыта за период Советской власти дает нам возможность представить такие методики. Разработаны и методики для более трудных и для сравнительно легких случаев заикания.

Излагая методику занятий с пред дошкольниками, дошкольниками, школьниками и взрослыми при легких и тяжелых формах заикания, мы в целях полноты, стройности системы включили в нее и ряд приемов работы, разработанных другими авторами.

Наилучшей формой организации занятий с заикающимися являются коллективные занятия. Индивидуальные занятия допускаются только в исключительных случаях: подготовка к коллективу маленьких детей или вообще запоздавших с поступлением в группу, резко отстающих, пропустивших много занятий, при отсутствии соответствующей группы и т. п. В такой подготовке особенно нуждаются психопаты, невротики (Смирнова). Подготовительный срок зависит от индивидуальных особенностей и психических наслоений у детей. Вообще же он измеряется несколькими занятиями, самое большее — неделями.

Групповые занятия помимо указанных уже соображений особо полезны для заикающихся по следующим причинам.

Находясь в кругу товарищей по несчастью, они не стесняются своего дефекта, меньше волнуются в процессе речевого общения или выполнения речевых заданий, откровеннее вскрывают свои недочеты и переживания, а также интимные моменты личного и семейного характера, поддерживающие дефект. В коллективе они спокойнее выслушивают критику своего речевого поведения, доверчивее относятся к ней, анализируя речь и общее поведение других, лучше уясняют свои недочеты и те положительные моменты, к которым сами должны стремиться; становясь в

речевом отношении более уверенными и смелыми в логопедической группе, они смелее выступают и в школе. В коллективе они не только практикуются в обычном разговоре друг с другом, но временами выполняют роль руководителя группы и таким образом приобретают опыт публичной речи, уверенность в своих речевых возможностях и более сложных и трудных ситуациях.

В группе имеется большой простор для применения всех форм речи: сопряженной (хоровая речь), отраженной (игры в эхо, в телефон, игра под суфлера, диалог, монолог). Очень важным является и общий приподнятый тонус психики заикающихся — уверенность в успехе, поддерживаемая конкретными удачами тех или иных товарищей. Занимающиеся в группе испытывают радостное чувство освобождения от сознания своего одиночества, неполноценности, чувствуют наличие твердой опоры в лице всего коллектива в случае тех или иных затруднений.

Дисциплинирующая сила коллектива (что так важно для заикающихся) намного шире и глубже, чем влияние семьи или одного руководителя<...>. В соответствии с изложенным общие установки в организации логопедических занятий с заикающимися сводятся к следующему.

1. Занятия коллективные.
2. Группировка на основе возраста и по возможности типа заикания.
3. Сугубо индивидуальный подход с учетом типа заикания, стадии психофизического развития и индивидуальных характерологических и прочих особенностей.
4. Целевая установка — естественная (нормальная) речь в практической деятельности в любых ситуациях.
5. Увязка занятий по логопедии с работой над речью семьи, школы.
6. Логопедическое учреждение — очаг здоровой речи. Поэтому занятия организуют так, что заикающийся от начала и до конца урока говорит нормальной речью — не заикается. На основе укрепляющейся уверенности в своих возможностях он, при содействии логопеда, уходит домой с твердой установкой на хорошую речь. Обеспечение этого требования — необходимый и решающий фактор успеха.
7. Речевой материал и форма проработки его должны строго соответствовать возможностям и интересам заикающихся, увязываться с учебным материалом детского сада или школы. Содержание этого материала должно быть идеологически выдержанным.

В излагаемой системе соблюдается известная последовательность и одновременность проводимых видов работ: дидактических, психотерапевтических, медикаментозного лечения, физиотерапии, физкультуры.

Особенности занятий с маленькими детьми

Логопедическую работу с заикающимися детьми следует начинать с самого раннего возраста, так как в этом возрасте заикание легче и быстрее преодолевается и не препятствует дальнейшему нормальному развитию ребенка. Это работа проводится в четырех планах: в семье через родителей, в массовых детских учреждениях через воспитателей, нянь и, наконец, в специальных учреждениях амбулаторного и стационарного типа. В первых двух случаях логопед является консультантом, в последних — непосредственным учителем. Предпочтительным является стационарный тип учреждений, устраняющий разнообразные вредные влияния на занимающегося домашних условий воспитания.

Система, методы работы в этих учреждениях с соответствующими изменениями используются и в остальных случаях преодоления заикания.

Общие методические указания.

При устранении заикания могут представиться два случая:

1) свежий случай, когда с момента обнаружения первых симптомов заикания прошло немного времени — от нескольких дней до 2—3 недель, самое большое 1—2 месяца; это первичное заикание (вторичные явления отсутствуют);

2) застарелый случай, когда заикание продолжается свыше 1—2 месяцев (вторичное заикание: возникают вторичные явления).

Устранение заикания в первом случае. Если заикание наступило внезапно, надо прекратить контакт ребенка с окружающими и отвлечь его внимание от речи, успокоить нервную систему, установить психическое равновесие. Нужно немедленно поместить ребенка в наиболее благоприятные условия в смысле покоя, внимательного отношения к нему окружающих, без малейших намеков со стороны последних на характер его недуга, чтобы он не осознал своего речевого недостатка, проводить постельный режим (уложить в постель как больного). В течение первых дней соблюдать полное молчание, затем разговор шепотом и в возможно ограниченных рамках. Лечение —

успокоительные, а также снотворные средства, чтобы заикающийся крепко спал ночью и пребывал в дремотном состоянии днем. Окружающие сами говорят тоже тихо, медленно, спокойно. Через неделю-другую такого режима заикание исчезает, и ребенок снова включается в обычную жизнь. Однако с этого момента до полной возмужалости должны систематически применяться, как это будет изложено ниже, профилактические меры.

Полное прекращение речи применимо у детей только тогда, когда удается при содействии врача убедить их в том, что молчание нужно для выздоравливания от какой-то другой болезни, но отнюдь не от заикания. Если ребенок непрерывно нарушает его (встает с постели, вступает в разговоры, капризничает), тогда надо, прекратив постельный режим, по возможности изолировать его от товарищей и посторонних посетителей и предоставить больше покоя и отдыха. Если в домашних условиях все это невозможно осуществить, то необходимо поместить ребенка *в* специальный санаторий, но при условии, чтобы разлука с родными не возбудила тяжелых эмоциональных переживаний.

В случае «подражательного» заикания у нервно здорового ребенка оно быстро проходит под воздействием успокаивающего, умелого уговаривания, внушения.

Устранение затянувшегося заикания у маленьких детей. Когда заикание перешло в стойкую форму, то приходится проделать частично или полностью систематический курс логопедии, закрепляя восстановленную здоровую речь последующей профилактикой. Режим молчания и уединения в таких условиях иногда даже вреден; заикающийся больше сосредоточивается на своем заикании, и его угнетенное состояние еще больше усиливается, а вместе с этим ухудшается и состояние речи. При невропатической отягощенности заикающихся метод изоляции не дает заметного эффекта.

Вместо молчания вводится максимальное ограничение речи ребенка: по возможности меньше разговаривают с ним, создавая обстановку занятости ребенка игрушками, рисованием и т. п.

В деле перевоспитания заикливой речи у дошкольника основным условием успеха является правильное окружение ребенка в смысле качества речи, общего поведения и отношения к ребенку.

Ведущим приемом здесь является замедленная и слитная (слово сливается со словом) выразительная, с живыми интонациями речь в унисон. Ребенок в одно и то же время: 1) слышит речь руководителя (матери, воспитателя); 2) сам говорит и 3) слышит собственную речь. Таким образом, здесь происходит двойной беспрерывный ряд раздражителей (своего рода «подкармливание» для усиления рефлексов), которые обусловливают правильное течение речи у заикающегося.

Медленная речь при преодолении заикания ввиду ослабленного торможения мотивируется необходимостью: 1) дать время говорящему для осуществления возможно полного и четкого звукопроизноситёльного комплекса (обеспечивает правильный ритм и координацию дыхания, голоса, артикуляции); 2) затормозить этот комплекс с целью подготовить наилучшие условия для последующего произношения; 3) дать время для формулировки мысли.

Кроме того, такая речь не связана с «патологическим пунктом», а поэтому протекает нормально.

Медленная речь не только создает оптимальные условия для правильной координации речевых движений, но благоприятно отражается на психике заикающегося — успокаивает его и, следовательно, снижает заикание.

Слитная же речь наилучшим образом обеспечивает ритм и цепной рефлекс: каждое последующее произношение является непосредственным продолжением предыдущего, составляя с ним единое целое. .

Например, мать (воспитатель, логопед) предлагает ребенку вместе рассказать сказку: «Коля! давай расскажем интересную сказочку «Мальчик-с-пальчик». Сначала я скажу, а потом повторим это вместе. Начинаем». Медленно, сливая слова, тщательно их выговаривая, несколько певуче произносит: «Жил Мальчик-с-пальчик. Ну а теперь скажем вместе» (повторяют). Фразы должны быть возможно короче.

Если ребенок по тем или иным причинам (стеснение, страх, негативизм) упорно молчит, то руководитель показывает ему яркую интересную картинку и медленно, с достаточной эмоциональностью, сам рассказывает по ней. Ребенок через некоторое время включается в это рассказывание, и остается лишь умело использовать этот контакт. Когда ребенок включится в речь, то время от времени руководитель умолкает, предоставляя ему говорить самостоятельно, подхватывая в случае затруднения его речь и продолжая некоторое время говорить совместно.

Дыхание во время речи у малышей регулируется путем рефлекторного подражания руководителю, который после каждой короткой фразы делает паузу, а затем несколько

подчеркнуто делает небольшой вдох через раскрытый рот. Специальных дыхательных и голосовых упражнений с маленькими детьми не делают. Навык спокойного вдоха содействует спокойному произношению.

Когда этот вид речи наладится, то предлагают ребенку лишь повторять сказанное (по предложениям). Но как только замечают у него затруднение в произношении того или иного слова или фразы, то тотчас же произносят их в унисон. Так прорабатываются стишки, рассказы. Если ребенок уже бегло читает, то так же проводится и чтение (сопряженно, отраженно).

Для детей, не умеющих или только начинающих читать, чтением как материалом для упражнений нельзя пользоваться. Но самое обучение чтению надо вести в согласии с общей системой устранения заикания: соблюдать правильное дыхание, медленную плавность произношения, ритм и т. п.

Заметив, что заикающийся хорошо повторяет речь, переходят к вопросо-ответам, причем вопросы следует так формулировать, чтобы возможен был только один определенный ответ, во избежание всяких колебаний, нерешительности и перестроек фраз на ходу. Далее предлагают ребенку произносить самостоятельно маленькие стишки, читать, рассказывать, все время внимательно следя за его речью и вовремя помогая ему одновременным произнесением слов и фраз.

Речь логопеда (воспитателя) в разговоре с детьми должна быть замедленной, особенно на первых порах. Речь — это обозначающее отражение действительности, средство реального общения и воздействия на окружающих. Поэтому она жизненно необходима ребенку только тогда, когда связана с его непосредственными интересами и деятельностью. Вот почему при воспитании у него речи надо ее обязательно связывать с какой-либо деятельностью. Тогда он проявит большую речевую активность.

Такие занятия проводятся по нескольку раз в день (2—3 раза, во избежание утомления по 10—15 минут) под видом игры и развлечения, но отнюдь не в форме «лечения». На этих занятиях, равно как и в разговоре при ребенке, — ни слова о заикании.

При одновременном лечении (если есть показания на то) и при хороших бытовых условиях (покой в семье, ласковое и внимательное отношение к ребенку и т. п.) положительные результаты от изложенных занятий сказываются уже в первые дни и недели.

Особенно эффективным у дошкольников оказывается коллективный метод.

Вся работа ведется через семью, воспитателей или нянь. Логопед дает им нужные советы, показывает на примере, как надо говорить с ребенком и к какой речи его надо приучать, в какие игры играть, дает указания о характере здоровых взаимоотношений ребенка с окружающими, о режимных моментах и т. п. Логопед привлекает к этому делу и детского врача. Систематически логопед проверяет выполнение сделанных указаний.

Прежде всего надо провести общеоздоровительную работу (если это необходимо), в особенности укрепление нервной системы, и поставить заикающегося в условия покоя, тишины, дружбы с уравновешенными детьми, лучше с одним (любимым) товарищем, изолировать от драчливых, шумных детей, а нередко и от нервных родных, воздействовать соответствующим образом на весь детский коллектив. Идеальная обстановка для заикающегося: летом — тихий уголок к деревне, жизнь со спокойной старушкой-няней, действующей согласно наказу логопеда. Часто бывает, что дитя при таких условиях в течение лета перестает заикаться.

Очень важно не фиксировать внимание ребенка на его дефекте. Он не должен даже слышать слов *заикание, заика,* в нужном случае они заменяются словом *запинание.*

Надо по возможности предупреждать заикание своевременной помощью — подсказом (как будто невзначай) трудного слова. Поощряя и ободряя ребенка, надо вселять в него уверенность в своих речевых возможностях.

Отношение к маленькому заикающемуся должно быть всегда спокойное, сочувственное, но без поблажек капризам, без чрезмерной ласковости. Залогом успеха является умение воспитателя установить с ребенком близкие, искренние отношения: тогда он охотно будет проводить предназначенную программу, не подозревая о ней. С первых же дней выполнения этой программы уделяется большое внимание воспитанию спокойного поведения ребенка, размеренных, несуетливых, точных выполнений решаемых им жизненных задач как в быту, так и в игре. Вводятся подвижные и другие игры и занятия (лепка, рисование, самообслуживание т. п.), воспитывается чувство дисциплины.

Все элементы речи воспитываются на основе подражания воспитателю (или логопеду) в процессе специальных игр (на развитие дыхания, голоса, речи).

Воспитатель (мать, логопед) сдувает одуванчики, надувает мыльные пузыри или распевает с ребенком песенки или рассказывает ему сказочки, прибаутки, потешки, ведет рассказ по картинкам всегда спокойно, плавно, сливая слово со словом, в медленном темпе — с «детскими» интонациями. Ребенок вначале слушает, а потом сам включается в эту речь и тем самым усваивает ее стиль.

Виды речи — сопряженная и самостоятельная — последовательно сменяют друг друга в зависимости от характера заикания, ситуации и настроения ребенка. Возможно чаще надо связывать речь с деятельностью ребенка, как это обычно делает мать, няня: «Вот мы надеваем курточку, пуговичку застегиваем» и т. п. Следует поощрять его разговоры с игрушками, включаясь в них, и т. п.

Полезны всякие игры с движениями, которые сопровождаются речью (считалочки, стишки под маршировку, хлопки, езда в поезде под песенку и т. п.). М.Ф. Брунс рекомендует для 4—5-леток занятия с оречевлением проделываемых ребенком движений. Например: «Мы идем, идем в лес. Пришли. Сели. Пошли. Смотрим, что в лесу. Бабочка! Хлоп! Поймали?»

Большое место уделяется растормаживанию мускулатуры посредством игр и логопедической ритмики.

Хорошее знание воспитателем (логопедом) природы ребенка, тонкая наблюдательность, изобретательность, способность «перевоплощения» в ребенка обеспечат успех.

В заключение укажем на применяемую М.Ф. Брунс форму учета деятельности заикающегося малыша. Дневник представляет собой картинку: дом, улица, комната, в которой папа, мама и сам ребенок. Ежедневно вечером сам заикающийся в процессе беседы с мамой, няней оценивает свое поведение в отношении папы, мамы и т. д. Красный крест возле папы — хорошо вел себя, черный кружок на улице — плохо и т. п.

Ускоренная речь. Замедленная речь

Ускоренная речь

Этот недостаток особенно часто наблюдается у нервных детей. Чем моложе организм, тем тормозные механизмы, как об этом уже говорилось, слабее. Речевые же навыки, как продукты крайне тонкой, точной работы головного мозга, требуют дифференцированных процессов торможения, которые развиваются лишь постепенно, достигая своего совершенства уже в зрелом возрасте. Обычно ускоренная речь детей переходит в патологическую форму лишь у детей-невропатов. Различают две формы такой речи.

1. В первом случае ускоренная речь (баттаризм) обнаруживается особенно ярко: звуки и слова произносятся очень быстро, перепутываются и перемешиваются, проглатываются и не договариваются, сплошь и рядом не успевая выявлять своей типизированности. Целый каскад звуков и слов произносится без передышки, с захлебыванием до полного истощения выдоха; быстрота речи доходит до того, что некогда проглотить слюны, и она разбрызгивается наружу. Речь сопровождается быстрыми, часто беспорядочными движениями лица (гримасами), рук и всего тела. Искажается синтаксис (аграм-матизмы) и содержание речи. Часто полнейшая социальная непригодность и неэстетичность — характерные свойства такой ускоренной речи.

Болезненная подвижность, суматошливость и торопливость во всем поведении, значительное расстройство внимания и слабость тормозного аппарата — характерные черты такого ребенка. Не успеет он высказать данную мысль, как его внимание уже перескакивает на последующую. Такие дети обычно не умеют слушать речи других (у них плохое слуховое внимание), и поэтому они плохо улавливают и запоминают, как говорят окружающие их.

Мышление у таких детей страдает разбросанностью, недостаточной логичностью.

Основной причиной убыстренной речи является врожденная речедвигательная недостаточность (ослабленность тормозных процессов) речевого аппарата. Отмечается отставание и в музыкальных способностях, а следовательно, и нарушение чувства ритма. Неряшливая, нервная речь среды, отсутствие своевременной борьбы в семье с быстрой речью ребенка — ближайшие причины этого недостатка.

2. Менее тяжелая форма (тахилалия): несмотря на ненормально быстрый темп речи, в ней нет резких искажений ни фонетики, ни синтаксиса. Вместо 10—12 звуков в секунду произносится 20—30. За такой речью трудно следить, трудно понимать ее. Причины те же, но выражены в более слабой степени.

Очевидно, что баттаризм является своеобразным речевым неврозом, во многом сходным как по своей этиологии, так и по некоторым проявлениям с заиканием (вспомним «торопливость» заикающихся как в стадии заикания, так и в стадии, предшествующей заиканию, когда эта торопливость является предвестником грядущего заикания). Коренное отличие от заикания: нет

судорог, нет страха публичной речи и «трудных» звуков, нет ярко выраженной периодичности в протекании недостатка (улучшение или ухудшение), лучше говорит с незнакомыми людьми — больше следит за содержанием речи, хуже с знакомыми (заикающийся — наоборот).

Из самого описания дефекта становится очевидной методика его устранения. Все то, что укрепляет и оздоровляет нервную систему и вырабатывает прочные тормозные механизмы, фиксирует внимание баттарика на произносимом им самим и другими, — все это содействует ликвидации ускоренной речи.

Поэтому при нервной ускоренной речи в общем пользуются приемами искоренения заик л ивой речи: 1) выработкой медленного, спокойного, плавного, строго ритмичного дыхания и голосообразования; 2) выработкой медленного ритмического чтения; 3) выработкой медленной, спокойной, ритмически упорядоченной речи в условиях коллектива; 4) выработкой здоровой установки на коллектив в процессе речевого и общего поведения; 5) развитием общего и слухового внимания к речи. Важной работой являются упражнения, связанные с четким, ритмическим чтением, рецитиро-ванием и самостоятельной речью, когда каждый слог произносится под такт, отмечаемый ударом руки, или для замедления ученик читает вслед за движением по буквам пальца или указки логопеда, или через прорезь в полоске картона, который медленно передвигается по строке, открывая сначала только одно слово, затем синтагму, наконец, целую фразу. Полезно письмо под медленную диктовку, обязательно под неторопливое «проговаривание».

Полезны пение, физкультура как воспитывающие упорядоченность в движениях.

При первой форме недостатка все указанное проводится более усиленно и со значительно большим замедлением темпа речи. Полезно на заданный вопрос сначала ответить про себя (тихим шепотом или шевеля только губами), а затем медленно и плавно произнести уже вслух.

Воспитание логического мышления у баттариков достигается путем наблюдений, чтобы каждое предложение, немногословное и простое, четко выражало свое содержание, каждая последующая мысль увязывалась с предыдущей. В этом случае особенно полезны частые вопросы «почему» и упражнения в договаривании начатых фраз, развивающих одну тему. Практикуется словесная передача разыгрываемых инсценировок, рассказы по картинке, речевые игры.

Для развития слухового внимания надо чаще упражнять в повторении сказанного логопедом. В обоих случаях полезно говорить перед зеркалом, наблюдая за своей артикуляцией.

Вся указанная работа, при наличии хотя бы небольшой группы баттариков, проводится коллективным методом, аналогично работе с заикающимися. Здесь «коллектив используется как начало, сдерживающее, дисциплинирующее и снижающее повышенную психомоторную возбудимость» (Ю.А. Флоренская).

Одновременно, если есть показания к этому, врачом ведется лечение нервной системы лекарственными и физиотерапевтическими средствами.

Этот недостаток обычно держится упорно, и требуется не менее полугода работы, чтобы добиться положительных результатов. В то же время он очень подвержен рецидивам, поэтому необходимо внимательное наблюдение над учеником в течение многих месяцев (до года) уже после занятий. В общем же недочет вполне устраним и не требует особенно сложной методики: все сводится к длительности и систематичности применения избранных руководителем основных методических приемов.

Замедленная речь

Болезненно замедленная речь (брадифразия) также встречается среди детей, чаще у олигофренов. Страдающий этим недостатком говорит медленно, вяло, растягивая слоги на гласных звуках и смазывая артикуляцию. Такая речь неэстетична, не приспособлена к целям социального общения (брадифразика не выслушивают до конца, избегают с ним говорить, трунят над ним и т. п.). Это патологическое явление речи связано с типичными вообще для данного ребенка заторможенным мышлением, вялыми и медленными движениями.

Перевоспитание замедленной речи проводят:

1) Лечением соответствующими медикаментами и физиотерапией нервной системы.

2) Логопедическими приемами, вырабатывающими быстрые и четкие речевые движения. И здесь вся работа основывается на ритме. Главные упражнения — четкое ритмическое чтение по слогам под отбиваемый рукой такт с постепенным ускорением темпа чтения. Произносятся стишки и самостоятельная речь; скороговорка — наиболее благодатный в данном случае материал. Очень полезно с такими детьми систематически проделывать ритмическую гимнастику с быстрыми и четкими движениями: маршировка, бег и другие телодвижения под музыку и т. п., а также всякого

рода игры, спорт, состоящие из быстрых (под наблюдением врача) движений. Более тесное вовлечение в активную жизнь коллектива сверстников — полезное условие воспитания нормального темпа речи.

В результате 6—12-месячной работы речь становится значительно четче и быстрее. В этом случае необходимо сравнительно долгое наблюдение над брадифразиком и после обучения.

Что касается целого ряда других речевых недостатков, как-то: беспорядочной болтовни, когда ученик безудержно говорит, не наполняя своей речи достаточным содержанием, часто повторяет одно и то же; вставки лишних, не имеющих социальной значимости звуков, словечек и словосочетаний и т. п., то такие недостатки исчезают в результате общего воздействия школы путем развития сознания и определенного обучения (тренировка в синтаксисе) или же путем постоянных поправок, указаний, советов и тому подобных педагогических воздействий, упражнений в правильной литературной речи через чтение и беседы, а главное — путем повседневной речевой практики в общественной жизни при условии здоровых социальных взаимоотношений с коллективом.

В основе последней группы речевых недочетов лежит или неправильное речевое окружение и воспитание, или же расстройства в соотношении основных мозговых процессов — возбуждения и торможения на почве перенесенных болезней или нейропатической отягченности.

Всякого рода расстройства речи на почве психических заболеваний (шизофрения и т. п.), как-то: логоррея (бессмысленный речевой поток), безудержная быстрота речи, манерность речи и т. п., ликвидируются путем специального психиатрического лечения: с выздоровлением психики исчезают и указанные извращения речи.

Хватцев М.Е. Логопедия. 253, 308—310.
М., 1959. — С. 242—

М. Зееман

Дети с ускоренной речью (тахилалия)

Тахилалия *(tumultus sermonis, paraphrasia praeceps, battarismus)* — это стремительная речь, сопровождаемая повторением и проглатыванием слогов и искажением звуков с ускоренным темпом, — может возникнуть уже в детстве и в переходном возрасте ухудшиться. В дальнейшем (особенно в переходном возрасте) этот недостаток часто сочетается с заиканием. Но он может продолжаться самостоятельно на протяжении всей жизни.

Мною сделано наблюдение, что необычно быстрая, стремительная речь часто переходит в заикание или, наоборот, заикание переходит в тахилалию, что случается, однако, реже. Ускоренная речь и заикание — расстройства, которые имеют много общих черт, и я считаю обе эти формы следствием недостаточности деятельности стриопаллидума.

Признаки. Наиболее заметным признаком расстройства речи в этих случаях считают интервербальную акцеле-рацию, которая тем выраженнее, чем больше слогов в слове. Более заметно она проявляется в длинных словах, поэтому короткие фразы больной произносит почти хорошо, а длинные — в ускоренном темпе с подбиранием подходящих выражений и повторением одного и того же слога, отчего речь становится даже непонятной. Больной старается избежать длинных фраз и длинного связного разговора. Он отвечает кратко, отрывисто, и прочитанный текст пересказывает несколькими фразами.

Ускорение темпа речи (интервербальная акцелерация) приводит к проглатыванию или повторению слогов. Длинное слово или словосочетание, название из нескольких слов и т. д. больной произносит настолько стремительно, что из словесного нагромождения выпадают некоторые слоги. Ускорение и поспешность речи вызывают многократное повторение слога только для того, чтобы заполнить пробелы в речи. Чаще всего повторяется первый слог или смысловой слог внутри слова.

Третьим признаком является искажение звуков и редуцирование группы гласных. Это происходит от неточных и быстрых движений при артикуляции. Течение речи настолько быстрое, что не хватает времени для сложных артикуляционных движений и начинаются искажения, называемые партартрией.

Нарушаются и другие движения, которые становятся также быстрыми и стремительными, быстрая ходьба, быстрый старт и остановка. Во время сна отмечается моторное беспокойство, дети бросаются из стороны в сторону, мечутся в постели. Они вспыльчивы и легко возбудимы, за что их считают взбалмошными и сумасбродными. Во время возбуждения проявляются вазомоторные реакции: покраснение лица, ушей, появление пота на лице, часто в атипичных местах, похолодание и потливость рук. Дети становятся эмоционально лабильными и недисциплинированными. Быстрая речь на незнакомых производит неблагоприятное впечатление, что отражается и на дальнейшей жизни ребенка.

Диагноз тахилалии легок, когда имеются наиболее заметные признаки: ускорение темпа речи, интервербальная акцелерация и партартрия. Ускоренную речь можно ошибочно принять за заикание. Для заикания характерны тоны, которых нет при чистой тахилалии. При заикании нарушена динамика речи, при тахилалии — темп. Симптомы тахилалии уменьшаются или исчезают, если следить внимательно за речью, при заикании — наоборот.

Дифференциальный диагноз более труден при тахилалии, комбинированной с заиканием. Неспециалисты обычно принимают такое состояние за простое заикание, хотя на самом деле заикание развилось на основе тахилалии.

Повторение и искажение слов (партартрия) отличаются от косноязычия непостоянством, изменчивостью, общим состоянием речи. Диагностическая ошибка может произойти только в отношении маленьких, быстро говорящих детей, при длительном косноязычии.

Дифференциальный диагноз тахилалии и заикания иногда бывает труден. Окончательный диагноз ставится на основании подробного неврологического обследования.

Лечение. Было бы ошибочным исправлять только некоторые сопровождающие признаки заболевания, как, например, неправильное произношение, искажение слов или повторение слогов. Главным симптомом является нарушение темпа речи, инстинктивный пропульс речи, проявляющийся интервербальной акцелерацией. Как только темп речи сознательно замедляется, исправляются также и остальные признаки тахилалии. В практике мы сталкиваемся с трудностями, сопряженными с недисциплинированным поведением больных.

Лечение продолжается у детей не менее 2—3 месяцев, и результат лечения обычно бывает хорошим. Чем старше больной, тем труднее лечение.

При лечебных упражнениях очень важно сосредоточить внимание на разговорном акте и преднамеренно замедлять речь. Для этого применяются ритмичный разговор и чтение. Вначале

заставляют отбивать такт рукой или ногой. Ритмичный разговор достигается также отбиванием такта на столе при помощи барабана и т. п. Можно применять и метроном.

Сначала детям говорят короткие фразы и повторяют их вместе с ними медленно и спокойно. При этом следует предупреждать неестественное образование слогов. Затем заставляют детей отвечать на вопросы и рассказывать короткие истории в ритмичном замедленном темпе. Растормаживающие упражнения применяются только при резкой, возбужденной речи, сочетающейся с заиканием. При комбинированном нарушении исправляется в первую очередь наиболее заметный элемент. Если же возникает сомнение, рекомендуется раньше исправлять ускорение речи как первичное нарушение.

При лечении ускоренной речи важно одновременно воспитывать поведение ребенка. Недостаточно исправлять только быстроту речи, надо следить также за поведением и движениями ребенка. Для этого необходим большой опыт в воспитательной работе. Хорошим средством выработки правильных движений являются гимнастика и ритмика, особенно в детском коллективе.

Если у ребенка одновременно отмечается и косноязычие, следует упражнять артикуляцию. Я упоминаю об этом потому, что при лечении заикания одновременное исправление недостатков произношения противопоказано.

Как и заикание, тахилалию мы лечим также медикаментозно. Назначаем барбитураты и препараты брома, которые тормозят ускоренные двигательные реакции.

Прогноз зависит от умственного развития и поведения больного. Чем ребенок спокойнее, тем легче болезнь поддается лечению, при невропатических проявлениях лечение более затруднительно. Результат лечения зависит также от окружающих. Мы часто сталкиваемся с осложнениями, если кто-либо из родных страдает недостатками речи или невротическими явлениями, которые также требуют лечения. Родным следует разъяснить, что результат лечения зависит от их сотрудничества с лечащим врачом и педагогом.

Зееман М. Расстройства речи в детском возрасте. 1962. — С. 266—267; 269—270.

В.И. Селиверстов

Опыт организации летнеголологопедического лагеря-санатория для заикающихся детей и подростков

Методическое письмо

Логопедический лагерь-санаторий для заикающихся детей и подростков организовывал в летние месяцы (июнь— июль) на базе детского отделения патологии речи Кировского областного психоневрологического диспансера.

Основной целью организации нашего летнего логопедического стационара было оказание помощи детям с расстройствами речи, заиканием и создание условий для их летнего отдыха. Этим определялось и его название: логопедический лагерь-санаторий.

Необходимые средства для организации летнего логопедического лагеря-санатория в 1961 г. были выделены областным отделом здравоохранения, а в 1962—1964 гг. — областными отделами здравоохранения и народного образования совместно.

Лагерь-санаторий для заикающихся детей и подростков располагался в живописном месте, окаймленном с трех сторон лесом, в 35 километрах от города Кирова, в с. Бурмакино Кирово-Чепецкого района. Дети и обслуживающий персонал: врач, логопеды, педагоги-воспитатели, медсестры и др. — размещались в нескольких зданиях, арендованных у двух школ-интернатов, расположенных рядом.

Все дети в лагере-санатории были разделены по группам с учетом возраста и уровня их развития: 1) дети-дошкольники 6—7 лет, 2) младшие школьники 1-—2 классов, 3) младшие школьники 3—4 классов, .4) школьники 5—6 классов, 5) школьники 7—8 классов, 6) подростки 9—11 классов. В каждой группе в среднем насчитывалось 20 человек. Дети располагались в общих спальнях, но занимались и отдыхали в плохую погоду в специально выделенных для каждой группы комнатах.

За медико-педагогическую работу с детьми в каждой группе несли ответственность прикрепленные к ней логопед, педагог-воспитатель и медсестры.

Из числа юношей и девушек, уже прошедших ранее с известными положительными результатами курс логопедических занятий и, следовательно, хорошо знакомых с требованиями и особенностями логопедической работы с заикающимися, к группам были прикреплены так называемые помощники логопедов. Цель их пребывания в логопедическом лагере-санатории сводилась к закреплению полученных ими ранее навыков правильной речи и поведения, а также к помощи логопедам и воспитателям в проведении педагогических мероприятий. Они активно участвовали в логопедических занятиях в прикрепленных группах: по указанию логопедов занимались с детьми, следили и помогали закреплять детям навыки, полученные в результате логопедических занятий, в повседневной обстановке.

Постоянный личный пример помощников логопедов, их работа над собой являлись одной из эффективных форм психотерапии заикания у детей.

Логопед-методист и врач непосредственно к каждой возрастной группе детей не прикреплялись, а ритмисты проводили свою работу в двух смежных группах<...> .

Обслуживающий персонал лагеря-санатория в 1961 г. в основном состоял из сотрудников детского отделения патологии речи Кировского психоневрологического диспансера, а в 1962 и 1963 гг. — из студентов старших курсов дефектологического факультета МГПИ им. В.И. Ленина, с которыми перед открытием лагеря-санатория проводилась соответствующая подготовительная работа.

В лагере-санатории большое значение придавалось четкому распределению обязанностей среди сотрудников и соблюдению режима дня (см. таблицу).

За строгое выполнение режима в лагере-санатории отвечал старший дежурный, назначаемый ежедневно из числа логопедов и воспитателей. В его обязанности также входило наблюдение за сохранением порядка и чистоты на территории, за качеством приготовляемой пищи, организация помощи детей на кухне, при раздаче пищи, у умывальников и т. д. Он руководил группой дежурных детей по лагерю-санаторию.

Ежедневно в утренние часы в лагере-санатории проводилась конференция всех сотрудников, на которой обсуждались замечания старшего дежурного по итогам прошедшего дня, зачитывался план работы на текущий день и т. д. Это позволяло иногда объединять отдельные мероприятия в разных группах (например, прогулки, экскурсии, просмотр фильма и др.), организовывать взаимопомощь и шефство старших детей над младшими и избегать одновременного проведения однотипных занятий в разных группах (например, микрофонных занятий, работу с фильмоскопом, т. е. занятий с использованием общих помещений и аппаратуры).

Логопедическая работа

Общим режимом лагеря-санатория в первую половину дня ежедневно, кроме воскресенья, предусматривалось 3 часа на логопедические и логрритмические занятия. Продолжительность групповых занятий составляла 45 минут, у дошкольников — 20—25 минут. Логопедические занятия носили форму дидактической или подвижной игры, изучения школьного программного материала или его повторения, составления рассказа по картинке или пересказа прочитанного, диспута по прочитанной книге или конкурса на лучшее составление рассказа по личным воспоминаниям, просмотра диафильма с последующим его обсуждением или чтения по ролям, беседы на тему воспитания мужества, смелости, аккуратности, трудолюбия, правдивости и т. п. или разучивания хоровых песен, танцев, упражнений на координацию движений с речью и т. д.

Содержание логопедического занятия определялось речевыми возможностями детей. Строго соблюдался принцип последовательного усложнения, выработки и закрепления новых правильных навыков речи и поведения у детей.

Основными ориентирами в последовательной работе логопеда служили общеизвестные ступени: сопряженная и отраженная речь, ответы на вопросы и т. д. И хотя мы отказались от формального использования этих ступеней вне зависимости от индивидуальных особенностей ребенка, однако придавали решающее значение именно продуманной последовательности в работе с заикающимся ребенком. Опыт убеждает нас, что непоследовательное, неоправданное перескакивание с одного этапа логопедической работы на более сложный нередко ведет к срыву всей медико-педагогической работы с заикающимся ребенком и рецидиву заикания. В результате ребенок, а тем более подросток, теряет веру в логопеда и в свои силы и возможности.

При закреплении у заикающихся детей новых навыков постоянно использовалась целая система последовательно усложняемых моментов. В этой системе предусматривалось не только постепенное усложнение речевого материала, но и обстановки, в условиях которой этот речевой материал использовался. Параллельно с усложнением речевого материала разнообразились и условия, в которых протекало это закрепление: менялись места занятий, на занятия приглашались посторонние люди, организовывались выступления детей перед большой аудиторией слушателей и т. д.

Одним из проявлений этой системы последовательно-усложняемых моментов в логопедической работе с заикающимися детьми являлся и сам принцип организации ежедневных логопедических занятий. Так, на первом занятии в группах с детьми проводились целенаправляющие психотерапевтические беседы, закрепление уже усвоенного детьми материала, подготовительные артикуляторно-голо-со-дыхательные упражнения; на втором занятии — всегда использовался новый речевой материал или новые условия, в которых он применялся; на третьем — проводились речевые игры; логоритмика, драматизация и т. п.

Одновременно воспитывалось умение правильно оценивать свои речевые возможности, умение владеть собой и преодолевать при помощи логопедических приемов замеченные у себя неправильности в поведении и речи. С этой целью, в частности, проводились специальные микрофонные занятия, обучающие ребенка правильному анализу собственной речи и сопоставляющие его речь в настоящее время с той, которая у него была зафиксирована при поступлении на лечение.

Наши наблюдения показывают, что использование магнитофона на логопедических занятиях повышает ответственность детей за свою речь, активизирует их внимание и наблюдательность; регулярные микрофонные занятия действуют на нолю заикающегося ребенка дисциплинирующе, заставляют добиваться определенной цели, вызывают у него заинтересованность и вносят разнообразие в логопедические занятия.

В системе начальных логопедических мероприятия в лагере-санатории активно использовался период максимального ограничения речи детей (молчание, шепотная речь и др.), а также речеручной режим.

Логопедические занятия с детьми носили как групповой, так и индивидуальный характер, когда приходилось иметь дело с особо сложными случаями заикания у детей, сопровождавшегося расстройствами их психики или фонетической стороны речи. Преимущественно индивидуальный характер на определенном этапе носила также коррекционная работа с детьми с неправильным звукопроизношением.

Большое внимание уделялось соблюдению так называемого речевого режима, т. е. комплексу непосредственно влияющих на речь условий, при которых протекает наиболее успешное формирование свободной речи у заикающихся.

В первую очередь сюда относятся обстановка, в которой происходит перевоспитание заикливой речи у детей: спокойный, благожелательный тон сотрудников, щадящий режим, исключающий насмешки и нездоровое, грубое отношение к заикающимся детям.

Речевым режимом предусматривалось также систематическое использование заикающимися детьми навыков и знаний, получаемых в результате логопедических занятий, как на речевых занятиях, так и в разнообразной повседневной обстановке: в труде, в играх, в общении со взрослыми и сверстниками и т. д.

Наш опыт одновременной и сравнительно продолжительной работы с большим коллективом заикающихся детей и подростков совершенно отвергает предположение о возможном в таком коллективе подражании и перенимании заикающимися детьми друг у друга неправильных навыков и привычек. При правильно организованном речевом режиме в логопедическом стационаре большой коллектив детей, разных по возрасту, но однородных по речевому расстройству имеет даже ряд преимуществ. Например, появляется возможность шефства старших над младшими, сильных (в речевом отношении) над слабыми, тем самым расширяются рамки наглядной психотерапии. В большом коллективе по является также и больше возможностей для разнообразия форм логопедической и воспитательной работы с детьми.

Воспитательная работа

В условиях летнего лагеря-санатория логопедическая и воспитательная работа неразделимо переплеталась, и лишь общим режимом предусматривалось преимущество логопедических мероприятий в первую половину дня, а воспитательных — во вторую, т. е. если от завтрака до обеда лагерь-санаторий представлял собой санаторий для больных детей, то после тихого часа он напоминал несколько своеобразный пионерский лагерь.

Наше педагогическое наблюдение за заикающимися детьми подтверждает мнение о том, что у большинства детей речевой недуг так или иначе сказывается на их поведении, поэтому организации и осуществлению воспитательных мероприятий в логопедическом лагере-санатории мы придавали особое значение.

Формы воспитательной работы с детьми в группах были многочисленными и разнообразными: однодневные походы, прогулка в лес за ягодами, за грибами, знакомство с природой родимого края, выходы на речку, различные турниры и соревнования, работа на участке, самообслуживание и поддержание порядка на территории и в помещении, ручной труд и разнообразнейшие игры, чтение, беседы, просмотр кинофильмов, подготовка и проведение концертов самодеятельности, пионерский костер и многое другое.

Мероприятия по организации детского коллектива во многом соответствовали условиям пионерских лагерей. Так, в каждой группе были выбраны старосты, санитарные тройки, соблюдалась очередность дежурств по палатам и рабочим комнатам. Каждая группа имела свой уголок со списками детей, перечнем требований речевого режима, расписанием дежурств, режимом дня и пр.

На утренней линейке всего лагеря-санатория после подъема флага дети рапортовали о состоянии дел в группах за прошедший день, происходила передача дежурств по санаторию, обсуждались текущие дела.

В лагере-санатории выпускались детские стенные газеты, велось «Зеркало чистоты» и т. п.

Большое внимание уделялось развитию детской художественной самодеятельности, имеющей огромное значение в лечебно-педагогической работе с заикающимися детьми. Элементы ее включались обязательно и в логопедические, и логоритмические занятия. За весь цикл лечения дети по группам подготавливали по два концерта: один — в середине курса, другой — в конце его.

Первое художественное выступление детей проводилось в форме вопросов и ответов и носило характер вечера вопросов и ответов, литературной, географической или математической викторины, вечера загадок. Ко дню этого торжественного события в группе дети празднично украшали зал, готовили соответствующие декорации и костюмы, рассылали приглашенным входные билеты. В день выступления дети (кроме дошкольников) были полными хозяевами в зале: следили за порядком, выступали, отмечали победителей по числу правильных ответов. В вечере вопросов и ответов принимали участие все дети группы.

Цель первого выступления каждого ребенка заключалась в подведении итогов его речевой работы. Удачное выступление ребенка в подобных сложных условиях (а каждое выступление тщательно продумывалось логопедом и воспитателем, подбирался материал соответственно речевым возможностям ребенка, репетировался им) — служило темой для психотерапевтической беседы с

ним, вселяло в ребенка веру в свои силы и возможности, являлось прекрасным стимулом к дальнейшей работе над собой.

Участвуя в художественном выступлении, дети проходили своеобразный экзамен на проверку прочности у них новых речевых и поведенческих навыков в сложных для них условиях. Результаты этого экзамена использовались логопедами в дальнейшей работе с ними.

Второй концерт — заключительный — давался детьми каждой группы при выписке, для приехавших за ними родителей;

Цель заключительного концерта — а в нем использовались отрывки из пьес, интермедии, сценки, стихотворения и пр. — состояла в своеобразном отчете перед родителями о результатах лечения их детей в лагере-санатории.

Заключительный концерт проводился нами по следующей схеме.

1. Краткое сообщение логопеда о целях детских выступлений.

2. Прослушивание родителями первичной магнитофонной записи речи детей, сделанной при их поступлении в лагерь-санаторий и одной из последних записей, отражающей их речь в настоящее время на логопедических занятиях.

3. Детские художественные выступления.

4. Беседа логопеда с родителями о результатах речения их детей, советы, рекомендации по дальнейшей их работе в домашних условиях.

Кроме этих двух обязательных для всех детей художественных выступлений нами подготавливался один общий концерт детской художественной самодеятельности, состоящий из лучших номеров групп. Этот большой концерт дети давали в заключение своего летнего лечения и отдыха для местных жителей и колхозников в их сельском клубе. Перед началом концерта логопед проводил небольшую беседу о заикании у детей, его лечении и предупреждении.

Нужно отметить, что заикающиеся дети с особенной охотой и удовольствием готовятся к концертам: мастерят костюмы и маски, сооружают бутафорию, заучивают роли, репетируют. А их удачное выступление — это сильное психотерапевтическое средство для них самих и для их сверстников, прекрасная профилактика заикания и пропаганда логопедических знаний — для населения.

Лечебная работа

При поступлении на лечение в логопедический лагерь-санаторий ребенок обследовался совместно врачом и логопедом.

На особый учет были взяты физически ослабленные дети и дети с повышенной нервной возбудимостью. С первых же дней им назначались соответствующее медикаментозное лечение, намечались общеукрепляющие мероприятия: дозировка воздушных и солнечных ванн, водных процедур и пр.

Врач и логопеды определяли периоды и формы щадящего и тренировочного режимов. Первые дни, например, дети находились в постелях, соблюдался режим молчания, затем шепотной речи и т. д. Тренировочный режим предусматривал закрепление полученных в лагере-санатории положительных речевых навыков в разнообразных условиях.

Сочетание и правильное соотношение этих двух видов индивидуального режима с общим санаторным в значительной мере предопределяло положительный исход лечения заикания в условиях стационара.

Медицинское воздействие предусматривало также снятие у ребенка речевых судорог, насильственных движений и сопутствующих заиканию расстройств логофобии, угнетенности, болезненной фиксации на своем недуге и др. При этом для лечения подростков активно применялась гипнотерапия в сочетании с другими видами медико-педагогического воздействия.

Всей работой, направленной на оздоровление организма ребенка и прежде всего его нервной системы, руководил врач.

Медицинские сестры, прикрепленные к каждой группе детей, выполняли назначения врача и указания логопеда, вели постоянное наблюдение за здоровьем детей и состоянием их речи.

* * *

Летний логопедический лагерь-санаторий для заикающихся детей и подростков организуется в Кировской области уже 4 года подряд: с 1961 по 1964 г. За это время в нем отдохнули и одновременно получили необходимую помощь свыше 500 заикающихся детей и подростков. Каждое лето 120—160 детей покидают лагерь-санаторий физически окрепшими, загоревшими, отдохнувшими. В среднем 86% заикающихся детей и подростков выписываются с хорошей речью

или со значительным ее улучшением. У многих детей параллельно устраняются и другие речевые расстройства.

Таким образом, результаты работы летнего логопедического лагеря-санатория вполне оправдывают его организацию.

Следует, однако, отметить, что терапия заикания, проводимая в течение двух месяцев» естественно, не вырабатывает у многих детей (особенно старшего возраста) достаточно прочных навыков речи и поведения. Поэтому при выписке детей из логопедического стационара им рекомендуется еще закрепление полученных результатов в домашних условиях, рекомендуется еще некоторое время находиться под наблюдением логопеда по месту жительства.

Опыт показывает, что логопедические сезонные санатории для заикающихся детей можно рекомендовать в качестве одного из звеньев в общей системе организации логопедической помощи детям и подросткам.

РЕЖИМ ДНЯ

логопедического лагеря-санатория

7.30 — 8.15		подъем, прием лекарств, измерение температуры, физкультурная и речевая зарядка, утренний туалет
8.15— 8.30		линейка
8.30 — 9.15		завтрак и подготовка к занятиям
8.30 — 9.00		утренняя конференция сотрудников
9.15 — 10.00		первое логопедическое занятие
10.15 — 11.00		второе логопедическое занятие
11.15 — 12.00		третье логопедическое занятие
12.00 — 13.00		воспитательный час, подвижные игры, подготовка к обеду
13.00— 14.30		обед
14.30 — 16.30		послеобеденный отдых
16.30 — 19.00		прием лекарств, полдник, игры, прогулки, труд
19.00— 20.00		ужин
20.00 — 22.00		спокойные игры, чтение, подготовка ко сну, прием лекарств
21.00		сон у младших детей
22.00		сон у старших детей

Первое второе третье логопедическое занятие + Лечебные процедуры. Медосмотр.

Методическое письмо Минздрава СССР №10-93/14-121 от 12.09.1964 г. — М., 1964. — С. 16—24.

Н.П. Тяпугин

Лечение детей в преддошкольном, дошкольном и школьном возрасте

В начальном периоде заикания следует все старания направить к тому, чтобы ребенок не заметил наступившего у него расстройства речи, не говорить при нем о его заикании. Для заболевшего ребенка необходимо создать спокойную обстановку и такие условия, чтобы он слышал только спокойную и плавную, неторопливую речь, чтобы находился больше в постели и как можно меньше говорил. Поэтому в заботах о том, чтобы ограничить его речь, не следует задавать ему вопросов, кроме самых необходимых. Ребенок в окружении спокойной, замедленной речи путем свойственного ему подражания постепенно сам начинает отвечать на вопросы и говорить в спонтанной речи замедленно, что облегчает ему речь и успокаивает его. При возникающих у заболевшего ребенка речедвигателъных затруднений следует облегчить ему произнесение слова, для этого надлежит начать с того слова, которое оказалось для него особенно трудным, не требуя после его произнесения повторения. Все то, что препятствует замедленной и спокойной речи и возбуждает ребенка (волнующие внешние впечатления, быстрая и неправильная речь окружающих, шумные игры и пр.), мешает исправлению нарушенной речи. Надо установить необходимый режим с точно выполняемым распорядком для (должны быть включены прогулки), изолировать от общения и игр с детьми, обеспечить полноценное питание, строго соблюдать режим сна; принять врачебные меры против соматического неблагополучия (если это имеется), укрепить нервную систему, назначить соответствующее лекарственное лечение.

При таких условиях в благоприятных случаях скоро, иногда через 2—3 недели, заикание у ребенка может исчезнуть. Такой исход остро возникшего заикания скорее возможен в тех случаях, когда ребенок стал заикаться под действием однократного эмоционального потрясения. Если ребенок освободился от заикания, то он должен и в дальнейшем быть под наблюдением врача; сроки такого наблюдения устанавливаются врачом.

Если в начальных периодах заикания лечение основывается главным образом на пассивном подражании заикающегося ребенка правильной речи, то в случаях, когда заикание уже зафиксировалось и когда ребенок прибегает к напряжению речевых мускулов при произнесении звуков, необходимо учить его правильному произношению, без напряжения. Такое лечение требует более длительных сроков и более настойчивых и специализированных мероприятий. Так как в высшей нервной деятельности ребенка преобладает первая сигнальная система, то в лечебных занятиях с ним надо пользоваться главным образом непосредственно зрительными раздражителями. Для таких занятий хороши красочное лото, яркие детские книжки, буквари, игрушки. Занятия могут протекать успешно только при условии, если они заинтересуют ребенка. Занятия не должны перегружать речь ребенка и утомлять его. Они должны протекать без принуждения и по возможности в процессе игры. Ребенок ни в коем случае не должен фиксировать свое внимание на недостатках своей речи. Поэтому не следует ему делать каких-либо замечаний об этих недостатках. Чтобы устранить судороги и привести к норме нарушенную координацию речевых движений, следует использовать также замедленную речь, которую дети легко усваивают путем повторения за логопедом слов и фраз. Лечение в указанном периоде начинают с сопряженной и отраженной речи, постепенно переходят к повторению заученных слов и фраз, к чтению наизусть несложных и доступных детям стихов, к несложным рассказам (по картинкам), к вопросам и ответам и, наконец, к спонтанной речи. Особенно полезны при этом ритмические занятия и пение.

Произносимые без заикания слова связываются со всесторонними раздражителями окружающей дошкольника среды по лото, картинкам, во время игр, прогулок и др. Таким образом, постепенно устанавливаются устойчивые связи между словами окружающих, зрительными, звуковыми и другими раздражителями и соответствующими словами, произносимыми ребенком без заикания. Благодаря этому в спонтанной речи дошкольника начинают действовать выработавшиеся у него условные рефлексы с произнесением слов без заикания.

В любом периоде заикания требуется врачебное наблюдение и лечение ребенка: рыбий жир, глицерофосфаты, бромиды, кальций, витамины и пр., физиотерапевтические процедуры, нужный режим, психотерапия. Надо иметь в виду, что дети по свойству своей детской психики легко поддаются психотерапевтическому воздействию — внушению со стороны врача и логопеда в процессе занятий с ними и в обстановке врачебного приема.

В период лечения заикания у детей проводятся целенаправленные беседы с их родителями, имеющие цель устранить из окружения ребенка вредные влияния на него, если такие имеются, и все то, что мешает делу лечения ребенка, — одним словом, корригировать поведение окружающих, которое

иногда в таких случаях им приходится совершенно изменить. Очень полезным является иногда присутствие родителей на занятиях с их детьми для ознакомления с методами перевоспитания речи ребенка. Также необходима спокойная, плавная неторопливая речь окружающих для подражания ей со стороны лечащегося ребенка и правильное, ровное отношение к нему в семье — спокойное, сдержанное, ласковое, но без поощрения капризов[2].

В логопедическом полустационаре при психиатрической клинической больнице № 8 имени З.П. Соловьева в Москве применяется следующая система логопедической работы с заикающимися школьниками. Различаются семь видов речи, которые в порядке постепенности применяются при занятиях: 1) сопряженная речь, 2) отраженная речь, 3) ответы на вопросы по знакомой картинке, 4) самостоятельное описание знакомых картинок, 5) пересказ прослушанного небольшого рассказа, 6) спонтанная речь (рассказ по незнакомым картинкам), 7) нормальная речь (беседы, просьбы и т. д.). Картинки и подражание речи логопедов занимают основное место в речевых упражнениях детей.

1. Сопряженная речь является наиболее легкой речью для больных заиканием детей и поэтому имеет большое психотерапевтическое значение. Приготовляют серию картинок с изображением хорошо знакомых детям домашних животных и птиц, мебели, посуды, одежды, овощей, фруктов, насекомых. Показывая каждую, логопед сначала называет ее сам, потом передает ее ребенку, и тот повторяет ее название вместе с логопедом. Так просматривают все картинки (логопед распределяет их между детьми). На следующем этапе упражнений в сопряженной речи применяют картинки с изображением каких-либо действий и дети повторяют вместе с логопедом уже фразы из трех, четырех, пяти слов.

Третий этап — хоровое произношение небольших стихов, доступных для детей. Сначала логопед зачитывает детям весь стишок, потом хором произносят отдельные строчки. Логопед на занятиях говорит неторопливо, плавно, выразительно, четко, с естественной интонацией.

2. Отраженная речь воспитывается вначале по тем же картинкам, затем на стихах, на рассказах с небольшими фразами. Например, при рассказывании по картинкам ребенок повторяет каждую фразу, которую сказал логопед (сначала из двух, потом из трех, четырех, пяти слов). В дальнейшем переходят к отраженному рассказыванию небольших сказок по картинкам и, наконец, к отраженному произнесению стихов. В занятия нужно вносить больше разнообразия ввиду большой утомляемости детей.

3. Упражнения речи в ответах на вопросы по знакомым картинкам сходны с упражнениями в отраженной речи по картинкам с той разницей, что ребенок в своем ответе на вопрос логопеда одно слово говорит уже самостоятельно, а остальные два-три слова повторяет из вопроса логопеда. Например, у ребенка картинка: девочка играет с куклой. Логопед спрашивает: «Кто играет с куклой? » Ребенок отвечает: «Девочка играет с куклой». У ребенка три картинки, по которым он дает ответы. Второй этап этого речевого упражнения заключается в том, что ребенок в своем ответе говорит уже 3—4 слова самостоятельно. Дети должны отвечать спокойно, плавно. В дальнейшем занятия усложняются тем, что ребенок перевертывает картинку обратной стороной и на вопрос логопеда должен вспомнить и сказать, что было на лицевой стороне картинки. Ребенок отвечает все, что помнит.

4. Упражнения речи при самостоятельном описании картинок возможны только тогда, когда дети уже свободно отвечают на вопросы по картинкам. Эти упражнения делятся на три этапа. Сначала дают картинки, уже знакомые по прежним упражнениям. Дети легко говорят относящиеся к ним фразы по памяти. Потом дают не знакомые картинки, и теперь детям труднее составлять фразы по содержанию незнакомых картинок. При затруднениях приходит на помощь логопед, который задает ребенку наводящие вопросы. На третьем этапе занятий детям дают по 4—6 картинок, в которых последовательно изображен какой-нибудь небольшой рассказ. Ребенок должен разложить их по порядку соответственно последовательности рассказа, как он ее понимает. При затруднениях опять помогает логопед. Ребенок должен самостоятельно дать доступное ему описание этих картинок. Логопед следит за речью детей и за тем, как они строят свои фразы, помогая и поправляя их, когда это нужно. Дети быстро запоминают подсказанные слова и пользуются ими при повторении своего рассказа.

5. Упражнения речи в самостоятельном изложении прослушанного рассказа: детям читают небольшие рассказы из детской жизни, написанные доступным им языком (Льва

---

[2] В тех случаях, когда почему-либо не могут быть проведены занятия логопеда с заикающимся ребенком, с ним может заниматься мать или кто-нибудь из близких. Для них в таком случае имеются пособия: *Рау Е.Ф.* О заикании детей дошкольного возраста (советы родителям). — М.: Медицина, 1954; *Власова НА., Кочергина В.С.* Заикание излечимо. — М.: Медицина, 1965

Толстого, Ушинского). Каждый рассказ читают два раза, потом детям задают вопросы по этому рассказу и, когда они усвоят содержание прочитанного, им предлагают пересказать его своими словами. Переход к этим упражнениям возможен только тогда, когда дети овладели построением рассказа по картинкам.

6. Упражнения в спонтанной речи сначала протекают в форме вопросов логопеда, связанных с картинками, и ответов детей, уже научившихся спокойно говорить.
Например, логопед спрашивает по картинке, где нарисован зонт: «Для чего нам нужен зонт?» Или по картинке, где нарисована морковка, логопед спрашивает: «Какие овощи тебе известны, кроме морковки, и где они растут?» и т. д. по другим картинкам.

Ребенок должен отвечать неторопливо, плавно. Надо спокойно останавливать тех, кто начинает торопиться в речи, вовремя прийти ему на помощь.

Следующий, более сложный, этап работы — самостоятельное рассказывание о каких-либо событиях в жизни ребенка: о виденном в зоопарке, о лете, о революционных праздниках и т. п. При спонтанной речи заикание дольше держится, дети начинают при этом торопиться и заикаться, поэтому особенно важно следить теперь за речью ребенка и помогать ему, когда нужно. В дальнейшем следуют всевозможные вопросы, которые задают дети друг другу, их просьбы логопеду и посторонним, организовывают инсценировки (по сказкам), игры, утренники, на которых дети привыкают выступать при посторонних.
Перевоспитание речи ребенка можно считать законченным, если у него нет заикания и при посторонних.

Группы составляют из 10 детей по возрастному принципу. Логопед учитывает то обстоятельство, что в группе могут быть дети с разной степенью заикания, поэтому на занятиях им дают соответственные их возможностям задания. Так, недавно поступившим детям или тем, у которых заикание еще держится при всех видах речи, речевые задания сначала дают главным образом в форме сопряженной и отраженной речи. На занятиях в группе используются зрительные и слуховые восприятия детей (показываются и называются картинки). Занятия проходят успешно тогда, когда дети заинтересованы ими.

Логопед составляет ежедневный план работы с группой, учитывая состав детей своей группы, их возраст, психофизические возможности, степень заикания. Одновременно с лечением заикания проводят логопедические занятия (в подгруппах или индивидуально) по исправлению косноязычия в тех случаях, когда это нужно.

Для удобства планирования всей логопедической работы с заикающимися детьми ее делят на три этапа:

1) упражнения в сопряженной и отраженной речи;

2) рассказывание по картинкам, по вопросам и самостоятельно;

3) упражнения в самостоятельной разговорной речи.

Первая часть урока заполняется занятиями, которые требуют больше внимания и сосредоточенности. На каждое речевое упражнение отводится не более 15 минут. Через каждые 30 минут — отдых на 10—15 минут.

Проводится работа с родителями, которые должны личным примером приучать детей к правильным навыкам поведения и речи. В отношении к заикающемуся ребенку родители должны проявлять большую выдержку, терпение и умелый подход к нему.

Дети находятся под наблюдением врача, который проводит нужное лечение. Пение и ритмика, ходьба под музыку способствуют успехам логопедических занятий. Дети проводят в полустационаре ежедневно по 5 часов. Лечение продолжается от 8 до 18 месяцев. В результате лечения в среднем у 75% больных детей удается полностью устранить заикание. Опыт полустационара показывает, что и в этих случаях наиболее успешные и стойкие результаты получаются при лечении заикания, возникшего под воздействием однократного испуга или вследствие подражания.

Дети, у которых имелось органическое поражение центральной нервной системы или у которых заикание связано с инфекцией, травмой, труднее поддавались лечению.

Лечение затягивалось также у соматически ослабленных детей с особенностями характера (застенчивых, замкнутых и пр.).

Катамнестические данные, относящиеся к 600 лечившимся с длительностью наблюдения от 8 до 25 лет после лечения, показывают, что в 60% случаев заикание не рецидивировало, в 35% случаев рецидивировало с различной степенью интенсивности рецидивов (ликвидированных) и в 5% стабилизировалось (Н.А. Власова).

Лечение заикания в школьном возрасте по существу также сводится к выработке новых, нормализующих речь условных рефлексов — навыков правильной речи. Основным методическим приемом при этом является также замедленная речь (логопед) в сочетании с психотерапевтическим воздействием и общим, лечением (врач). Однако материал для речевых упражнений в этих группах

больных должен быть иным в соответствии с возрастными особенностями и интересами школьника. Упражнения в отраженной и содружественной речи, в произнесении фраз, в чтении, пересказывании, рассказе проводятся на несложном школьном учебном материале. Надо воспитывать у школьника новые условные рефлексы (речь без заикания) и на те раздражители, с которыми он постоянно имеет дело, благодаря чему он не заикался бы и вне логопедического кабинета, в своей обычной среде. На логопедических занятиях (в группах при поликлинике или в школьном логопедическом пункте) очень полезно выслушивать ответы школьников по заданным им урокам с соблюдением ими всех правил речи. Отвечая потом этот урок в классе, школьник будет пользоваться приобретенными им на логопедических занятиях условными нервными связями правильного произношения, которые закрепляются таким путем на окружающую школьную среду.

Гимнастические упражнения, ритмика, пение, маршировка под музыку также весьма важны при лечении заикания у школьников.

Педагоги в классе не должны выражать неудовольствия по поводу изменившегося темпа речи ученика, лечащегося у логопеда, а наоборот, поощрять его в этом. Следует оберегать заикающегося от травмирующих его влияний. Беседовать с ним по поводу заикания нужно наедине. Педагог должен провести беседу с товарищами заикающегося школьника, разъяснить им, как они должны к нему относиться, однако делать это следует только в отсутствие заикающегося школьника. Пока речь школьника еще не улучшилась, педагоги не должны требовать от него ответов, а в дальнейшем спрашивать понемногу, не обременяя его. Ответы такого школьника должны быть непродолжительными, в спокойном темпе. При затруднениях в речи можно и подсказать ученику (не требуя обязательно повторения), при затруднениях в чтении — начать с ним вместе читать в замедленном темпе, а потом предоставить ему читать одному, следует заставлять его чаще читать стихотворения наизусть.

В дальнейшем, по мере закрепления правильных речевых навыков, следует постепенно и осторожно вовлекать ученика в общественную жизнь школы и школьные организации, воспитывая у него на основе замедленной речи условные рефлексы, нормализующие речь, на школьный коллектив. В этих целях очень полезны занятия лечащихся школьников в кружках самодеятельности (декламация, небольшие инсценировки, хоровое пение и пр.). На показательные выступления самодеятельных кружков, в которых участвуют эти школьники, приглашают их товарищей, родителей, других учеников. Это способствует преодолению у лечащегося школьника чувства неуверенности и смущения и отвлечет его внимание от своего недостатка.

Возможные из описанных мероприятий, понятно, необходимо применять в классе и тогда, когда школьник не проходит специального логопедического лечения. Педагог может многое сделать для него даже при отсутствии логопеда.

При лечении детского заикания нашел применение и электросон как охранительная терапия, нормализующая функционально нарушенные корковые процессы. Электросон имеет несомненные преимущества перед медикаментозным сном, способным вызвать явления токсикоза. Л.Я. Рабичев при лечении заикания электросном применяет 50— 60 процедур. Одновременно применяют общеукрепляющее лечение, проводят логопедические занятия. Л.Я. Рабичев лечит электросном и другие нервно-психические расстройства у детей, но наилучшие результаты, как он отмечает на основе своего 10-летнего опыта, получает при астенических состояниях, малой хорее, заикании и ночном недержании мочи. Он сообщает итоги лечения электросном 50 больных логоневрозом (36 мальчиков и 14 девочек), из которых в возрасте от 3 до 7 лет было 28 детей, от 7 до 12 лет — 13 и от 12 до 18 лет — 9. Из 50 больных в результате лечения выздоровление отмечено у 12, значительное улучшение — у 12, менее выраженное улучшение — у 21 человека. У пяти детей с тяжелой формой заикания терапевтического эффекта не наблюдалось. Рецидивы отмечены у 18% больных, главным образом у старших детей, у которых был значительный и стойкий страх речи. Наилучшие результаты лечения наблюдались у младших детей с недавним заиканием; это позволяет утверждать, что электросон, примененный вскоре после возникновения заикания, может у большинства детей ликвидировать логоневроз.

Близ Кемерова в пионерском лагере «Люскус», организованном специально для заикающихся школьников, лечились и отдыхали 70 детей в течение 40 дней. Дети были распределены на 6 групп, логопед работал с 3 группами. К каждой группе был прикреплен воспитатель. Лечебная работа — общеукрепляющая, электросон и пр. — проводилась под руководством врача-психоневролога. В логопедической работе основное внимание было направлено на воспитание слегка замедленной, плавной речи с естественными интонациями. Режим в лагере был щадящий. В результате лечения

практическое выздоровление наступило у 33 детей, значительное улучшение — у пяти и у четырех детей улучшения не произошло (Е.А. Мозгунова).

Лечение заикания электросном сопровождается и фактором психотерапевтического воздействия (благодаря вообще лечебному вмешательству, ободряющему влиянию персонала, всей необычной обстановке процедур и пр.). Это также способствует успеху лечения и у детей старшего возраста, у которых уже выражено невротическое развитие личности с доминирующим страхом речи.

Логопедом-методистом В.И. Селиверстовым в помощь практическим работникам описана схема последовательно усложняемых логопедических занятий со школьниками: «Опыт организации логопедической помощи населению в Кировской области. Методические письма Министерства здравоохранения СССР». М., 1964. Схема представлена по этапам логопедических занятий: 1) подготовительные (дыхательно-артикулярно-голосовые упражнения, психотерапевтические беседы, логоритмика), 2) сопряженная и отраженная речь, 3) ответы на вопросы, 4) пересказ (от отдельных фраз к пересказу урока, прочитанного), 5) рассказ,6) чтение (сопряженное, отраженное, самостоятельное), 7) спонтанная речь (вопросы и обращения к окружающим с приглашением посторонних, участие в коллективных беседах на различные темы, драматизация и пр.). В систему занятий включена практика по выработке и закреплению навыков нормализованной речи и вне логопедического кабинета, в общении в окружающей среде — в магазинах, библиотеке, на почте и пр., при общении к прохожим на улице, телефонные разговоры. Весьма ценным является то, что такая практика вне логопедического кабинета протекает при участии и под наблюдением логопеда, в присутствии которого в силу условного рефлекса остаются здесь действенными навыки нормализованной речи, выработанные в логопедическом кабинете. В дальнейшем школьники по мере упражняемости в силу того же рефлекса будут говорить здесь правильной речью и в отсутствии логопеда, так как у них вырабатываются теперь соответственные нервные связи, нормализующие речь в условиях многосторонних, вне логопедического кабинета, раздражителей среды.

Тяпугин Н.П. Заикание. Изд. IV. — М., 1966. — С. 90—100.

Н.А. Чевелева

Система исправления речи у заикающихся школьников в процессе ручной деятельности

Настоящее пособие предлагает систему исправления речи у заикающихся школьников I—IV классов в процессе ручной деятельности. Данная система является практическим итогом исследования, проведенного под руководством профессора, доктора педагогических наук Р.Е. Левиной в секторе логопедии научно-исследовательского Института дефектологии АПН РСФСР.

Коротко остановимся на том, каково содержание нашей системы и каковы основные теоретические предпосылки, положенные в ее основу.

В настоящее время можно считать общепризнанным, что основные затруднения возникают у заикающихся при необходимости отвечать полным, развернутым ответом, спрашивать, пояснять, рассказывать. На это указывают целый ряд авторов, как наших, отечественных, так и зарубежных (Р.М. Боскис, Р.Е. Левина, Е. Пишон, С. Борель-Мезонни, Е. Фрешельс, И. Стрэкинару и др.).

На основании своих исследований Р.Е. Левина приходит к выводу о том, что «заикание представляет собой расстройство речи с преимущественным нарушением коммуникативной ее функции»[3]. И далее: «В соответствии с данным пониманием следует привлечь внимание к тому факту, что заикание обычно усиливается в ситуации общения (разговор, сообщение) и ослабевает, например, в условиях эгоцентрической речи, обращенной к себе, а не к другим»[4].

Еще в 1940 г. Р.М. Боскис, занимавшаяся углубленным клиническим анализом заикания у дошкольников, писала о затруднениях, с которыми встречаются исследованные ею

дети: «Они довольно легко называют отдельные предметы, находящиеся перед глазами, но часто не умеют сформулировать отношения между этими предметами. Они не умеют сразу подобрать нужную им грамматическую форму»[5]. В этой связи автор приходит к выводу, что «все эти недостатки должны быть в процессе лечения ликвидированы путем систематического накопления запаса слов и грамматических форм, а также путем систематической работы по обучению ребенка развернутым высказываниям »[6].

Как показали наши наблюдения, все это в равной мере относится и к заикающимся детям младшего школьного возраста.

В литературе встречаются неоднократные упоминания о том, что заикающимся детям разного возраста часто бывает трудно сформулировать свою мысль в языковой форме, подобрать в данный момент нужное, точное слово, нередко в их речи отсутствует необходимая последовательность.

Известные французские авторы Е. Пишон и С. Борель-Мезонни пишут: «Заики в основном страдают лингвистической недостаточностью, т. е. каково бы ни было в остальном качество их интеллекта — им трудно сформулировать самим себе свои мысли в языковой форме»[7].

И далее мы читаем у тех же авторов: «Заикание является нарушением функции лингвистической реализации и абсолютно не зависит от каких бы то ни было парезов мышц, артикуляции или их иннервации»[8].

Причем, как показало исследование Р.Е. Левиной и наше, затруднения такого рода сильнее проявляются в тот момент, когда ребенок лишен возможности опереться на непосредственное

---

[3] *Левина Р.Е. О* генезисе заикания у детей в связи с развитием коммуникативной функции речи. Симпозиум по вопросам заикания у детей. —М.: Изд. АПН РСФСР, 1963. — С. 3.

[4] *Там же.*

[5] *Боскис М.* О сущности и лечении заикания у детей дошкольного возраста // Лечение душевнобольных / Под ред. В.А. Гиляровского, Э.Л. Кагановской. — М., 1940. — С. 286.

[6] Там же. — С. 289

[7] *РгсНоп Е. е1 Мизоппу В. 8.* Ьа Ве§а1теп1; ва паЪиге е* зоп ЪгагЬетйеЙй — Рапе. Маззоп, 1937. — Р. 4.

[8] Там же. С. 4.

зрительное восприятие или на яркие, четкие зрительные представления. И наоборот, заикание у детей заметно ослабевает или вовсе снимается в тот момент, когда их речь бывает связана с конкретной, наглядной ситуацией или непосредственной практической деятельностью. Это объясняется тем, что наглядная, конкретная ситуация или ситуация непосредственной деятельности значительно облегчает называние производимых действий, манипуляций с предметами, находящимися перед глазами ребенка. В случаях же затруднений в подыскании нужного слова наглядная ситуация позволяет ребенку воспользоваться местоимением или просто жестом, указывающим на тот или иной предмет. Например, если ученик не может в момент ответа припомнить или подобрать нужное слово, он может ответить: «Я склеиваю вот это», или: «Я разрезаю здесь», или: «Я отмерил вот с т о л ь к о» и т. д. Такую форму речи, непосредственно связанную с практической деятельностью ребенка или с наглядной ситуацией, принято в психологии называть ситуативной.

В отличие от нее, речь контекстная, т. е. связанная с предметами, которые ребенок не может наблюдать непосредственно в момент речи, с событиями прошедшими, иногда очень давними, с будущими его действиями, является для заикающихся детей более трудной. Сложность такой речи заключается в том, что ребенку приходится строить свое сообщение без конкретного показа, опираясь лишь на языковые средства.

Все вышеизложенное убеждает в том, что развивать самостоятельную речь детей нужно начиная с наиболее элементарной, доступной заикающимся формы, т. е. ситуативной, постепенно подводя их к умению пользоваться контекстной формой речи.

Развитие самостоятельной речи детей мы начинаем с первых же уроков, не прибегая к традиционным упражнениям в подражательной (сопряженной, отраженной) и репродуцирующей речи. С самого начала занятий мы предусматриваем такие условия, при которых становятся возможными самостоятельные ответы детей, свободные от заикания.

Одним из таких благоприятных условий для постепенного развития речи заикающихся детей является ручная деятельность.

В литературе уже встречались упоминания о применении ручного труда на занятиях с заикающимися детьми. Некоторые авторы видят в этом способ развития моторики детей и улучшения координации их движений (В.И. Городилова, Е.М. Радина, М. Зееман); другие (Н.А. Власова, Е.Ф. Рау) рекомендуют применять ручной труд на последнем этапе занятий с заикающимися дошкольниками в целях активизации речевой практики. Встречаются также попытки сочетать речь детей с различными движениями: произнесение слов и фраз в такт маршировке, в такт хлопков и т. д. (В,И. Рождественская).

Предполагается, что таким образом происходит отвлечение внимания детей от процессе произнесения, и они получают возможность тренироваться в размеренной, ритмичной речи.

Как можно видеть из сказанного выше, наш замысел не совпадает со всеми перечисленными.

Нельзя отрицать положительного значения развития моторики заикающихся детей, активизации их речи, отвлечения внимания в момент произнесения. Но не это имеем мы в виду, предлагая использовать ручной труд на занятиях по исправлению заикания у детей. Главное состоит в том, что общение в процессе речевой деятельности содержит в себе возможность расположить речевой материал с большой постепенностью. Благодаря тому что наглядная опора может постепенно убывать, возникает возможность медленно усложнять речь детей, создавая постепенный переход к более отвлеченным высказываниям, развернутым объяснениям и, наконец, подробным рассказам, лишенным непосредственной зрительной опоры, опирающимся на языковые средства.

Этой цели могут служить и другие педагогические условия. Например, можно на занятиях не предлагать детям изготовление поделок, а просто разговаривать с ними о том, что находится в классе, о качестве, цвете, величине этих предметов<... >.

На занятиях с заикающимися школьниками можно также использовать и другие виды их деятельности. Например, конструирование из различных строительных материалов, изготовление игрушечной мебели, конструирование планеров, самолетов, ракет, изготовление различных учебных пособий, макетов, оформление живого уголка, классной комнаты или логопедического кабинета и т. д.

Но, чтобы все эти занятия принесли наибольший эффект, необходимо прежде всего позаботиться о соблюдении излагаемой системы, осуществлять постепенное развитие у заикающихся детей умения пользоваться самостоятельной речью.

Говоря о ручной деятельности, мы имеем в виду изготовление очень простых поделок из бумаги, листьев, картона, ниток, материи, а также лепку из пластилина. Из бумаги делают простые

изделия путем сгибания, складывания, оклеивания и резания ножницами по намеченным прямым линиям (пакетики для семян, лодочки, карнавальные шапочки, бумажные папки для тетрадей, закладки для книг, конверты и т. д.). Из пластилина можно лепить овощи и фрукты, изготовлять макеты на различные темы, например: «Наша школа», «Осенние работы в поле и в саду», «Зимние детские игры», «Труд людей зимой» и т. д. Все эти виды ручного труда предусмотрены школьной программой. Мы привели лишь неполный перечень поделок, предлагаемых учащимся с I класса. Примеры занятий с детьми будут даны нами также на материале для I класса. Затем будет сказано о работе с учащимися II—IV классов.

Поделки, которые мы рекомендуем изготавливать на занятиях, очень элементарны и не требуют от логопеда никакой специальной подготовки. Кроме того, большинство из них выполняется детьми на уроках труда под руководством учителя, иногда их предлагают изготовить дома (в этом случае учитель так же подробно объясняет детям весь трудовой процесс). В первом случае логопед будет просто повторять на своих занятиях то, что делалось на уроке. В последнем — поможет детям подготовить домашнее задание. Понятно, что для этого логопеду необходимо ознакомиться со школьной программой по ручному труду и поддерживать постоянную связь с учителем.

В процессе изготовления тех или иных вещей дети сначала отвечают на вопросы учителя, а затем подробно рассказывают о том, какое действие производят в данный момент, в какой последовательности выполняют отдельные элементы работы, какой материал при этом используют, что только еще намереваются делать, как будут мастерить задуманную вещь, какое применение найдут ей впоследствии и т. д.

Вначале дети говорят только в условиях непосредственно осуществляемой деятельности. При этом их речь опирается на непосредственное восприятие предметов. В таком случае детям легко формулировать свои ответы, так как предметы, о которых они говорят, находятся перед их глазами, а действия, которые они называют, совершаются ими в данный момент.

Дальнейшее постепенное усложнение речи учащихся заключается в том, что они рассказывают о выполненной работе или о том, что еще только намереваются делать. В этом случае нет ситуации, подсказывающей или напоминающей слова. Детям приходится строить свои ответы и рассказы по следам прошлых, иногда очень давно возникших представлений.

Разговаривая с детьми таким образом в процессе работы, после ее выполнения или еще до осуществления плана, развивая их умение самостоятельно отвечать на всевозможные вопросы, пояснять, рассказывать, можно воспитать у них речь правильную, плавную, без запинок.

Исправлять заикание в процессе ручного труда мы рекомендуем еще и потому, что при этом создаются исключительно благоприятные условия для развития логического мышления ребенка, укрепления его воли, умения доводить начатое дело до конца, а также для формирования характера. Кроме того, развитие самостоятельной речи в процессе ручной деятельности позволяет упорядочить ее темп, который у заикающихся обычно бывает ускоренным и носит скачкообразный характер. Неторопливый, спокойный ритм выполняемой детьми работы естественно переносится и на их речь, делая ее плавной, ритмичной, спокойной. Занятия ручным трудом позволяют также вносить в них элементы соревнования, обсуждения качества выполненного изделия, что делает речь детей особенно эмоциональной, живой. Все это очень важно для заикающихся детей.

Предлагаемая читателям книга предназначена для логопедов.

Описание системы исправления речи у заикающихся школьников

Предлагаемая нами система включает четыре периода: период сопровождающей речи; период завершающей речи; период предваряющей речи; период закрепления навыков самостоятельной речи.

Коротко остановимся на характеристике каждого из них.

П е р и о д с о п р о в о ж д а ю щ е й р е ч и

На всех занятиях этого периода дети говорят (отвечая на вопросы учителя) только о том, что они делают в данный момент, говорят по поводу совершаемого ими какого-то отдельного элемента работы («Я приклеиваю...», «Я вырезаю...», «Я раскрашиваю...» и т. д.). Такая речь носит название *сопровождающей*.

В процессе занятий учащийся непосредственно наблюдает свои действия, слышит, как их называет учитель, осмыш-ляет, переживает. Таким образом, речь детей на таких занятиях опирается на восприятие: ребенок одновременно видит и осязает тот предмет, о котором говорит. Кроме того, речь учащихся опирается на представления, полученные в результате их собственной деятельности. Все это в

значительной мере *облегчает* речь заикающегося ребенка, так как речь, опирающаяся на восприятие и представления, является для детей наиболее доступной. И хотя с самого первого момента речь ребенка носит самостоятельный характер, пользование ею совершенно свободно от заикания.

На протяжении всего первого периода сопровождающая речь постепенно усложняется. Это достигается разными путями.

Сначала, на первых занятиях этого периода, каждый учащийся, самостоятельно называя производимое действие, в то же время может воспользоваться оборотами речи, содержащимися в словах учителя или других опрашиваемых детей. Так, например, на первом занятии развертывается такой диалог.

Учитель. Смотрите, как я намазываю клеем листок... А ты, Коля, что сейчас делаешь?

К о л я. Я намазываю клеем *листочек.*

Учитель. Алеша, а что ты сейчас делаешь?

Алеша. Я намазываю клеем *свой листик.*

На следующей ступени развития речи учащиеся говорят уже более разнообразно, например, на восьмом занятии они отвечают так:

Учитель. Скажи, Алеша, что ты отрезаешь ножницами?

Алеша. Я отрезаю ножницами лишнюю бумагу.

Учитель. А ты, Миша, что делаешь?

М и ш а. А я подравниваю квадратик. Учитель, Интересно: а что Женя делает? Ж е н я. Я тоже отрезаю ножницами лишнюю полоску бумаги.

Постепенно речь детей становится все более самостоятельной, ответы делаются уже более развернутыми. Так, например, если вначале, на первых занятиях, учащиеся отвечают лишь небольшими, короткими фразами («Я приклеиваю квадрат», или «Я разрезаю бумагу» или «Я мну пластилин»), то позже они стараются ответить более подробно. («Я приклеиваю клеем свой квадрат красного цвета», или «Я разрезаю свой листок бумаги по линии сгиба», или «Сейчас я мну пластилин руками, чтобы он стал мягким и из него можно было легко лепить» и т. д.).

Такие разнообразные, развернутые ответы учитель должен постоянно поощрять, побуждая учащихся к еще большим успехам в развитии речи.

С самых первых занятий свое объяснение учитель должен строить так, чтобы дети постоянно слышали, что одни и те же действия можно называть по-разному. Тогда у них не будет желания употреблять одинаковые фразы при ответах. Например, уже на первом и втором занятиях учитель говорит: «Смотрите, как я намазываю клеем листок, видите, как я аккуратно мажу клеем листочек...» или: «Смотрите, как я осторожно прикладываю листочек. Я его приклеиваю ровно. Видите, как я наклеиваю второй листок?» — и т. д.

С самого начала занятий важную роль играют вопросы учителя, которые определяют, направляют и регулируют содержание и характер речи учащихся. Так, на первых порах, когда у детей формируется навык самостоятельного плавного ответа, вопросы учителя должны быть тесно связаны с непосредственными действиями ребенка, которые он совершает в процессе изготовления той или иной поделки. Например, вначале от детей требуется только называние производимого ими действия. В таком случае учитель должен спрашивать: «Что ты сейчас делаешь?» На этот вопрос ученики дают такие, например, ответы: «Я наклеиваю листок», «Я отрезаю полоску», «Я загибаю уголок» — и т. д.

На последующих занятиях, когда учащиеся могут уже отвечать распространенными предложениями, вопросы учи теля должны формулироваться таким образом, чтобы они требовали ответов полными, развернутыми фразами. Приведем пример.

Учитель. Скажи, Алеша, что ты отрезаешь ножницами?

А л е ш а. Я отрезаю ножницами лишнюю бумагу.

Учитель. А как ты сложил свой квадрат?

Алеша. Я сложил его так, чтобы уголки совпадали (8-е занятие).

Постепенное усложнение речи детей достигается и другим путем — определенной системой подбора поделок. Так, вначале следует давать детям для изготовления такие поделки, выполнение которых требует наиболее элементарных трудовых операций, о которых можно было бы говорить короткими фразами (« Я приклеиваю листок », или « Я вырезаю квадрат», или «Я обвожу кружок» -— составление коллекций из листьев или образцов бумаги, материи, различного рода аппликационные работы).

Затем следует подбирать такие поделки, изготовление которых требовало бы повторения одинаковых трудовых операций, а следовательно, и некоторой повторяемости в ответах («Я складываю первый листок пополам», «Я складываю второй листочек пополам», «Я вырезаю первый кружок из материи», «А я уже третий кружок вырезал» — изготовление словаря, перочистки, гирлянды из флажков и колец для елки, изготовление счетного материала).

Позже нужно подбирать такие поделки, изготовление которых требует более сложных действий, а следовательно, и более сложных объяснений («Я сейчас делаю ножницами надрез от угла до середины квадрата», «Я приклеиваю фитилек внутри фонарика внизу», «Я один уголок прикладываю к середине, а другой уголок пропускаю» —- изготовление пионерской палатки, фонарика из цветной бумаги на елку, вертушки).

Период завершающей речи

Во второй период занятий с заикающимися детьми следует перейти к более сложному виду речи. Этот вид носит название завершающей действие речи. Учащиеся описывают уже выполненную работу или какую-то часть ее, например:

«Я разрезала квадрат по линии сгиба», «Я только что склеил два треугольника», «А я уже вырезала окошко» — и т. д. Использование новой, более сложной формы речи — завершающей — не исключает возможности пользования и прежним, уже усвоенным видом речи — сопровождающей. На протяжении всего второго периода должен меняться характер завершающей формы речи в сторону постепенного ее усложнения. Она должна отражать отдельные элементы деятельности, т.е. процесс изготовления поделки. При этом дети сначала говорят в условиях непосредственного созерцания сделанного, затем — по представлению.

Так, вначале, когда учащиеся отвечают на вопросы учителя, относящиеся к только что выполненному действию, они, естественно, могут наблюдать при этом тот элемент работы, который только что выполнили, а затем, когда учащиеся говорят по поводу уже готовой поделки, они не могут видеть всех элементов выполненной ими ранее работы. Но в этом случае детям помогает то, что они воспринимают законченную поделку.

И наконец, учащиеся рассказывают о вещи, сделанной на прошлых занятиях, сравнивают прежнюю поделку с другой. И все это происходит в чисто речевом плане, без какой бы то ни было опоры на наглядность в момент ответа. В этом случае речь детей опирается на прошлые, иногда очень давние

представления.

В соответствии с задачей постепенного усложнения завершающей формы речи учащиеся должны строиться и вопросы учителя. Так, в начале второго периода, когда дети только еще начинают пользоваться этим видом речи, вопросы учителя звучат так, что требуют короткого ответа сразу же после выполнения учеником какого-то действия, например:

Учитель. Что ты сейчас сделал, Коля?

Коля. Я приклеил квадратик из ситца на бумагу.

Учитель. Нина, а ты что уже сделал?

Нина. А я уже прорезала в домике дверь.

Далее, когда учащиеся оказываются в состоянии давать более развернутые объяснения, между учителем и учеником развертывается такой, например, разговор:

Учитель. Сережа, помнишь, с чего ты начал делать свою закладку для книг?

Сережа. Сначала я вырезал две одинаковые по размеру полоски бумаги. Потом я их склеил.

Учитель.А чем ты украшал свою закладку?

Сережа. Я наклеил на нее разные украшения: звездочки, треугольнички, кружочки, квадратики. И получилась красивая закладка.

В данном случае вопросы учителя направляют последовательность рассказа ученика.

И наконец, в конце второго периода учитель обращается к детям со следующими словами: «Интересно, а помнишь ли ты, Женя, как ты делал эту лодочку? Если помнишь, расскажи все с начала и до конца, как будто ты учитель и объясняешь нам, как ты сам ее делал. А мы будем тебя внимательно слушать».

Понятно, что в этом случае вопрос учителя является как бы темой для самостоятельного рассказа ученика.

Во второй период, как и в предыдущий, осуществляется такой подбор поделок, который побуждает детей к более сложным высказываниям. Так, например, следует давать учащимся такие поделки, изготовление которых требует совершать все большее количество операций. Благодаря этому

ответы детей становятся более разнообразными и сложными. Кроме того, в процессе выполнения такой работы и в ходе высказывания детей по этому поводу развиваются логическое мышление и память детей.

Период предваряющей речи

В этот период дети начинают пользоваться еще более сложной формой речи. Переход к ней становится возможным после того, как учащиеся начинают свободно пользоваться сопровождающей и завершающей речью. На этой основе в третьем периоде вводится новая, наиболее сложная форма речи — предваряющая. В этом случае ребенок рассказывает о том, что он намеревается делать («Сначала я возьму кусок пластилина и разомну его », «Я буду делать карнавальную шапочку из желтой и красной бумаги», «Я согну листок пополам, а потом — еще пополам» и т. д.).

Пользуясь предваряющей формой речи, учащиеся говорят уже без какой бы то ни было опоры на восприятие, лишь по следам представлений, возникающих во время объяснения учителя, но уже не собственной деятельности.

Принцип отбора поделок в данный период должен осуществляться с учетом необходимости постепенно овладеть планированием процесса изготовления каждой вещи. В связи с этим в начале третьего периода следует подбирать поделки, изготовление которых не связано с большим количеством элементов работы. Постепенно нужно усложнять задание для детей, предлагая выполнять такие поделки, у которых количество трудовых операций всякий раз увеличивалось бы. Естественно, что большое количество звеньев работы значительно труднее удержать в памяти. А главное — в этом случае усложняется задача, так как учащиеся должны будут, рассказывая, перечислять все элементы работы в строгой последовательности, анализируя их логическую связь.

Реализовать эту задачу можно также с помощью дополнительных вопросов учителя, отвечая на которые, дети должны будут или анализировать предстоящие действия («А для чего ты будешь мять пластилин руками?» — «Сначала я разомну пластилин, чтобы он стал совсем мягким и из него было бы легко лепить») или пояснять их («А как нужно разрезать обмотку на кольцах, помнишь?» — «Обмотку нужно разрезать ровно посередине, чтобы колечки было видно»).

К концу третьего периода учитель может задавать детям такие вопросы, которые будут требовать совершенно самостоятельных, развернутых сообщений безо всякой опоры на произведенную работу. Например, учитель предлагает детям выполнить любую поделку по собственному замыслу. Но предварительно каждый ученик должен подробно рассказать, что, как и в какой последовательности он будет делать и что ему для этого понадобится (какой материал и какие инструменты). Так как всякий раз учащиеся будут говорить о новой поделке, никогда прежде не изготавливавшейся на занятиях, они будут вынуждены рассказывать, пояснять очень подробно, чтобы все слушающие могли их понять.

Итак, к концу третьего периода дети овладевают развернутой повествовательной контекстной речью. В этом выражается рост, перестройка речевой деятельности заикающихся детей. Если раньше, в самом начале занятий, ученики могли самостоятельно, без заикания отвечать только на один вопрос, да и то короткой фразой, то теперь они в состоянии давать исчерпывающие объяснения, выражать свои замыслы, делиться своими неудачами, критиковать работы, выполненные недостаточно аккуратно, красиво и точно. Как можно убедиться, самостоятельная речь детей в этот период оказывается настолько развитой, что они могут свободно, без заикания отвечать на любые вопросы учителя и товарищей, строить самостоятельные развернутые рассказы.

Период закрепления навыков самостоятельной речи

На протяжении четвертого периода мы рекомендуем проводить свободную «речевую практику». Учащиеся на занятиях должны отвечать на всевозможные вопросы, сами задавать вопросы учителю и товарищам, разговаривать по любому поводу, пояснять, советоваться.

В этот период речь учащихся приближается к свободным формам, какими ребенок пользуется в повседневном общении. Теперь дети говорят не только по поводу изготовляемых ими поделок.

На занятиях последнего периода мы рекомендуем использовать любую возможность для того, чтобы побудить детей к самостоятельным высказываниям. Теперь учащиеся уже могут совершенно самостоятельно строить ответы на любые вопросы, делиться своими впечатлениями о прошедших уроках в классе, обсуждать ответы детей у доски по тем или иным предметам.

Продолжая мастерить на занятиях различные нужные и интересные вещи, можно достигать все большей и большей самостоятельности и разнообразия разговоров, суждений, споров. Так, например, хорошо в таких случаях предлагать детям после изготовления какой-нибудь поделки анализировать качество ее выполнения, отмечать недостатки в своей работе и работах товарищей.

Можно предложить детям подробно объяснить, почему такая-то вещь недостаточно хорошо выполнена и что нужно сделать, чтобы исправить этот недостаток. Обычно на таких занятиях речь детей бывает очень эмоциональной, а сами занятия проходят очень живо и интересно.

Очень насыщенными речью бывают и такие занятия, на которых учащиеся выполняют какую-нибудь коллективную работу, например делают монтаж или стенгазету, посвященную красной дате календаря. На таких занятиях обычно бывает много обращений, споров, рассуждений, дети советуются с учителем, товарищами. Причем разговоры их выходят далеко за пределы выполняемой работы, речь звучит живо, естественно, эмоционально.

Хорошо также в этот период готовить коллективно карнавальные костюмы к школьному утреннику, посвященному окончанию учебного года, или костюмы для инсценировок, сопровождая эти приготовления эмоциональными обсуждениями, шутками, разговорами о предстоящем, распределением обязанностей и долей участия каждого ученика.

Итак, каждая из форм речи (сопровождающая, завершающая и предваряющая) проходит несколько стадий усложнения: от самых элементарных, коротких ответов, связанных с конкретной, наглядной ситуацией, до развернутых, контекстных повествований, не опирающихся на деятельность школьников.

В последний же, четвертый, период, как уже отмечалось, проводится свободная речевая практика под непосредственным руководством и наблюдением учителя в хорошо знакомой детям остановке, а в конце занятий — и за ее пределами (в пионерской комнате, школьном зале и т. д.).

Как уже отмечалось выше, при проведении занятий по рекомендуемой системе отпадает необходимость в специальных упражнениях по упорядочению темпа и плавности речи. Неторопливый темп любой работы, выполняемой детьми, естественно, сказывается и на их речи. Все внимание учителя следует направлять на смысловую сторону речи детей, проявляя максимум заинтересованности в их деятельности и содержании ответов, пояснений и рассказов.

Чевелева Н.А. Исправление речи у заикающихся школьников. — М., 1966. — С. 3 — 17.

В.И. Селиверстов

Принцип последовательности и систематичности в логопедических занятиях с заикающимися школьниками

Общие принципы лечения заикания

Современное понимание заикания как особой формы невротического расстройства (невроза) делает необходимым использование в его лечении ряда различных лечебных и педагогических средств и мероприятий, получивших название комплексного метода.

Комплексный метод лечения заикания складывается, с одной стороны, из использования основных принципов лечения неврозов (этиологический и патогенетический), а с другой — из перевоспитания заикливой и обучения правильной речи, т. е. из применения принципов советской дидактики.

Этиологический принцип лечения неврозов, предусматривая систему лечебного воздействия на больных, требует устранения причин, травмирующих больного, или же изъятие его из неблагоприятных условий.

Патогенетический принцип лечения неврозов основан на правильной оценке врачом состояния высшей нервной деятельности и обусловливающих его патофизиологических механизмов. Для правильного лечения невроза необходимо знать его патогенез и те механизмы, которые на данном отрезке времени определяют измеренное функционирование организма.

Советская дидактика, рассматривающая методы и организационные формы обучения, знает следующие проверенные и оправданные практикой школы дидактические принципы: а) систематичность и последовательность, б) сознательность и активность, в) наглядность, г) прочность усвоения знаний и навыков, а также принцип индивидуального подхода к ребенку в условиях коллективной работы.

В комплекс лечебно-педагогических мероприятий для заикающихся детей входят лечебные препараты и процедуры, психотерапия, логопедические занятия, лечебная физкультура и ритмика, воспитательные мероприятия.

Цель этих тесно переплетающихся, взаимопроникающих и дополняющих друг друга мероприятий — устранение или ослабление судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики, оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом, избавление ребенка от неправильного отношения к своей болезни, от психологических наслоений в виде страха и конфузливости за свою неполноценную речь; перевоспитание его личности.

Принципы логопедической работы с заикающимися

Общие принципы лечения заикания определяют основной характер логопедической работы с заикающимися как части общего комплекса.

Опыт и исследования показывают, что речевые спазмы у заикающихся школьников не могут рассматриваться и устраняться изолированно от других психогенных расстройств, в сочетании с которыми они проявляются при заикании.

Многообразные психические наслоения, обычно наблюдаемые при заикании, требуют от логопеда создания для заикающихся определенных условий, организации определенных мероприятий, способствующих преодолению страха перед речью в различных ситуациях, снятию различных уловок, устранению болезненной фиксированности на своем недуге и т. д.

В зависимости от особенностей личности заикающегося и типологии его заикания логопедические занятия могут направляться или на отвлечение его внимания от речевого акта путем переключения на другую деятельность (логопедическая ритмика, труд, игра, обучение и пр.) или, наоборот, на привлечение его внимания к положительным сторонам своей речи и к объективному анализу ее недостатков (собственно логопедические упражнения). Опыт подсказывает, что оба эти направления в логопедических занятиях с заикающимися всегда имеют место.

Основные особенности логопедического воздействия на заикающихся определяются сущностью заикания и общими принципами его лечения. Они выражаются в необходимости, с одной стороны, оздоровления психики заикающихся путем разъяснения, убеждения, внушения, создания определенных условий и пр., т. е. путем психотерапии заикания, а с другой — упорядочения, координированности и совершенствования речевого процесса путем специальных упражнений, тренировки, позволяющих воспитать определенные (правильные) навыки речи и поведения.

Обе эти стороны логопедического воздействия на речь и личность заикающегося неразрывно связаны и немыслимы один без другого. В едином процессе оздоровления речи и личности заикающегося достижения физиологического порядка, т. е. улучшение речи через специальные

упражнения, служат основой для положительного воздействия на психику, а психотерапевтический успех неизменно способствует достижению физиологических удач, закрепляет их. В единстве физиологического и психического компонента речи и поведения должен протекать весь лечебно-педагогический процесс с заикающимися. Опыт показывает, что недооценка одного из этих компонентов в дальнейшем неизбежно ведет к рецидивированию заикания.

Как указывалось выше, в системе логопедических занятий с заикающимися, в процессе которых у них воспитываются определенные (правильные) навыки речи и поведения, соблюдение дидактических принципов имеют определенное значение.

В данной статье мы поставили перед собой конкретную задачу — проследить особенности применения в логопедических занятиях с заикающимися школьниками принципа последовательности и систематичности. Основная часть статьи построена на материале, обобщающем опыт логопедической работы автора и его коллег с заикающимися школьниками в условиях логопедического стационара специализированного санатория и амбулаторных приемов в Кировской области с 1959 по 1963 г.

Элементы систематичности и последовательности в логопедических занятиях с заикающимися у разных авторов

Несмотря на разнообразное толкование сущности заикания и, следовательно, на многообразие методов его лечения, в литературе не встречаются разногласия в описании его внешних симптомов. В частности, всеми авторами отмечается, что речевые трудности, характеризующие заикание, обычно усиливаются или учащаются у заикающихся в моменты эмоционального подъема, в состоянии аффекта или в моменты, требующие сложного речевого оформления своей мысли.

Эта особенность заикающихся широко известна: с одной стороны, в каких-то определенных условиях, на каком-то определенном речевом материале они могут говорить почти или совсем свободно, а с другой — их речевые возможности резко уменьшаются в зависимости от обстановки, в которой они находятся, от сложности форм речевого материала, который они излагают. Именно это непостоянство проявления заикания, на наш взгляд, порождало многообразие его толкований и методов лечения и постоянную надежду у специалистов найти средство или способ удержать, закрепить возможности свободной речи, которые имеются почти у каждого заикающегося, будь то при определенной форме речи или в особой ситуации. Специалисты разных эпох и времен постоянно находились и находятся в поисках приемов, способов и средств, позволяющих перевести зачатки свободной речи у заикающихся из области узких, особых для них условий в обстановку естественного общения с окружающими его людьми. Этим объясняются многообразные попытки создать систему постепенных, последовательно усложняемых упражнений, которые служили бы в качестве переходного мостика от легких условий речи для заикающихся к более трудным и являлись бы тренировочным материалом для самостоятельного и свободного общения их в любых условиях.

У представителей дидактической школы, склонных рассматривать заикание только как расстройство речи и потому в основу своего метода положивших целый набор дыхательных, артикуляторных и прочих упражнений, не связанных с личностью заикающегося, с его общественной жизнью, эта последовательность выражалась в постепенном и механическом усложнении речевого материала, прорабатываемого с заикающимися.

Например, Э.А. Андрее в своем «Практическом руководстве по лечению заикания для родителей, воспитателей и для самообучения» рекомендует проводить речевые упражнения в следующей последовательности: 1) дыхательные упражнения: а) вдыхание, б) задерживание дыхания, в) выдыхание, г) запирание и открывание голосовой щели; 2) голосовые упражнения на гласные *а, о, у, э, и, ы* с постепенным удлинением их звучания от 10 до 20—30 сек; 3) упражнения в чтении и разговоре: а) соединение согласных с гласными, б) чтение стихов, в) чтение прозы, г) рассказ по прочитанному, д) разговор.

Каждой из перечисленных групп упражнений соответствует еще целая система последовательных усложнений внутри ее[9].

У представителей психологического направления в лечении заикания также можно обнаружить определенную систему последовательно усложняемых упражнений. Но поскольку сторонники психологического метода рассматривали заикание «как психическое страдание», которое «должно и

---

[9] См.: *Андрее ЭЛ.* Заикание и его лечение. — СПб., 1887.

лечиться психическими средствами», то целью своего воздействия на заикающегося они ставили «пересоздать весь душевный строй заики путем чисто психологических приемов».

Д.Г. Неткачев, ярый противник дидактического метода и популяризатор психологического направления в лечении заикания, ссылаясь на авторитетное мнение автора монументального труда о заикании И.А. Сикорского, указывал на необходимость определенной последовательности в усложнении внешних условий психического лечения заикания. К ним относятся: а) упражнения на открытом воздухе, вдали от людей; б) упражнения в разных положениях: стоя, сидя, в ходьбе, лежа; стоячее положение, по его мнению, больше других облегчает гимнастику речи; в) лучшее время для упражнений — утренние часы, когда человек чувствует себя бодрее; г) упражнения речи после достигнутых успехов проводятся в чьих-либо присутствии или в присутствии собрания ряда лиц Д.Г. Неткачев указывал, что «в план лечения должна быть введена идея *о постепенном приучении больного* (курсив мой. — *В.С.)* говорить в обществе, сначала среди детей, потом в обществе взрослых знакомых и затем уже в присутствии незнакомых»[10],

Если представителям дидактического метода лечения заикания свойственно стремление последовательно усложнять *форму и содержание речевого материала,* прорабатываемого с заикающимися, то для их противников — сторонников психологического метода — скорее характерно последовательное усложнение *условий,* в которых проводятся речевые упражнения.

Комплексный подход к лечению заикания, на необходимость которого мы встречаем указания в трудах русских ученых прошлого века Христофора Лагузена, И.А. Сикорско-го, И.К. Хмелевского, перерос в нашей стране в специальный метод лечения заикания. В его развитии много сделано В.А. Гиляровским, Ю.А. Флоренской, М.И. Панкиным, Н.А. Власовой, И.П. Тапугиным, М.Е. Хватцевым, С.С. Ляпидевским и др. Советские ученые и специалисты-практики сумели преодолеть тенденциозность выработанных ранее методов лечения заикания, сумели отобрать и критически переработать все лучшее, рациональное в них.

С совершенствованием комплексного метода лечения заикания в нем совершенствуется и его логопедическая часть.

В логопедических методиках прежде всего дифференцируется подход к заикающимся в зависимости от их возраста, отражается разный подход к постепенному усложнению речевых упражнений.

Авторы методики логопедической работы с заикающимися детьми преддошкольного и дошкольного возраста — Н.А. Власова и Е.Ф. Рау — нарастание усложнений речевых упражнений с такими детьми строили в определенной последовательности: 1) отраженная речь, 2) заученные фразы, 3) пересказ по картинке, 4) ответы на вопросы, 5) спонтанная речь.

Кроме того, они рекомендуют ритмические и музыкальные занятия с детьми и проведение разъяснительной работы с родителями[11].

В своей книге Н.А. Власова пишет: «Работа с заикающимися детьми содержит в себе следующие основные разделы: общевоспитательные мероприятия, перевоспитание речи, логопедическая ритмика, пение, работа с семьей... Все виды речевых упражнений, которыми надо пользоваться при перевоспитании речи заикающегося ребенка, распределены в порядке постепенности овладения плавной речью от самых легких видов речи, т. е. от сопряженной и отраженной речи к наиболее сложной — спонтанной, эмоциональной речи.

Различают семь видов речи, которые в порядке постепенности необходимо применять при занятиях с заикающимися детьми дошкольного возраста: 1) сопряженная речь, 2) отраженная речь, 3) ответы на вопросы по знакомой картинке, 4) самостоятельное описание знакомых картинок, 5) пересказ прослушанного небольшого рассказа, 6) спонтанная речь (рассказ по незнакомым картинкам), 7) нормальная речь (беседы, просьбы и т. д.)»[12].

---

[10] *Неткачев Г Д.* Заикание. Новый психологический способ лечения. — М., 1909. — С. 47, 243.

[11] См.: *Власова НА., Рау Е.Ф.* Методы работы по перевоспитанию речи у детей-заик дошкольного и преддошкольного возраста. — М., 1933.

[12] *Власова НА.* Логопедическая работа с заикающимися. — М., 1950.
С. 23, 30.

В своеобразной методике Н.А. Чевелевой предложена система исправления речи у заикающихся дошкольников в процессе ручной деятельности. Эта система включает пять периодов: 1) пропедевтический, 3) период сопровождающей речи, 3) период завершающей речи, 4) период предваряющей речи, 5) период закрепления навыков самостоятельной речи. Постепенный «переход от наглядных, облегченных форм речи к отвлеченным, контекстным высказываниям» достигается у ребенка по мнению автора, «в последовательности, предусматривающей различное отношение речи к деятельности *во времени».* Таким образом, «основная линия нарастания сложности самостоятельной речи» включает в себя «следующие формы речи: сопровождающую, завершающую, предваряющую». С другой стороны, система последовательного усложнения речи идет здесь по линии «постепенного усложнения объектов деятельности» через усложнение поделки «в техническом отношении», через увеличение числа «отдельных элементов работы, на которые распадается весь трудовой процесс при изготовлении данной поделки»[13].

Последовательность логопедических занятий с заикающимися школьниками-подростками подробно излагает З.С. Ходорова, которая рекомендует проводить эти занятия «по курсовому методу», построенному по определенной системе... Курсовой метод строится следующим образом:

1) первый курс логопедической работы длится 3 месяца, при занятиях через день; 2) затем следует систематическая самостоятельная речевая работа заикающегося — дома по плану, указанному ему логопедом; 3) периодические зарядки заикающегося в группе в назначенные логопедом сроки —
один раз в месяц при более стойкой речи у заикающихся и 2—3 раза в месяц при менее стойкой речи по окончании первого курса. Затем необходим повторный курс, который проводится через 6—8 месяцев после первого курса.

Логопедические занятия первого курса логопедического воздействия на заикающихся школьников-подростков расположены в «последовательном порядке возрастающей трудности... Основные виды речевой работы могут быть сведены к следующим: 1) счетная, фразовая и стихотворная зарядки;

2) вопросы и ответы; 3) чтение в группе; 4) ведение группы самими заикающимися и разбор речи выступающих (ведущий и ответчик); 5) подготовленная речь — сообщение проработанного дома урока; 6) неподготовленная, или свободная, речь — сообщение по желанию о событиях дня в школе, накатке, речь, услышанная по радио, о виденном в кино, в театре и т. д.; 7) неподготовленная речь в форме воспроизведения на память содержания прежде прочитанных книг, фактов, имеющих место в прошлом, сообщение о жизни в лагере, о проведенных каникулах и т. д.; 8) работа над изложением своих мыслей — составление рассказов на определенные темы, данные логопедом и придуманные самими школьниками; 9) работа на внимание — коллективный рассказ всей группы (с соблюдением усвоенных правил речи)»[14].

Методика устранения заикания у подростков в условиях медицинского стационара, разработанная сотрудниками Научно-исследовательского института уха, горла, носа Министерства здравоохранения РСФСР под руководством проф. С.С. Ляпидевского, содержит шесть основных этапов логопедической работы:

I — подготовительный (2—3 дня);

II — установочный (вступительная конференция, специальный инструктаж) в плане психотерапии;

III — максимальное ограничение в речи (10—14 дней);

IV — активная перестройка речевых навыков (3—4 недели);

V — закрепление правильных речевых навыков (3—5 недель);

VI — заключительный (выпускная конференция, специальный инструктаж).

Собственно речевые занятия с заикающимися по этой методике начинаются с установочного периода, когда заикающиеся на положительных примерах лечившихся до них получают стимул к собственному излечению. В период максимального ограничения в речи заикающиеся находятся на полном режиме молчания 3—5 дней, а в остальные 7—9 дней, носящие характер относительного речевого покоя, они под руководством логопеда овладевают сопряженной, полуотраженной и

---

[13] *Чевелева НА.* Исправление речи у заикающихся дошкольников. М.,1965.

[14] *Ходорова З.С.* Практическое руководство в работе с заикающимися школьниками-подростками. — М.: Учпедгиз, 1940. — С. 6—7. 17—18, 28—31.

отраженной формами речи, а затем и небольшими фразами, необходимыми для обихода в отделении. В этот же период с заикающимися проводятся упражнения по постановке речевого дыхания и артикуляционная гимнастика.

Следующий этап — активная перестройка речи — характеризуется введением рече-ручного режима, работой над диалогом, т. е. вопросо-ответной формой речи, беседами на заданную тему, небольшими самостоятельными пересказами на свободные темы.

Новым, более сложным для заикающихся этапом «является речевая практика, задачи которой состоят в закреплении полученных навыков самостоятельной речи в различных более сложных ситуациях<...>. Он включает тренировку заикающихся на различные экстрараздражители<.. .>. Логопедические занятия носят уже иной характер. Для постепенного перехода от предыдущего этапа к новому больные (заикающиеся. — *В.С.)* по указанию логопеда подготавливают для пересказа небольшие тексты<...>. После проверки данного задания логопедом подростки рассказывают подготовленный материал больным в палатах, вначале в своей, а потом и в чужой...»

От небольших, заранее проверенных пересказов больные переходят постепенно к докладам, к обзорам газет, к ответам школьных уроков и т. п. Следующим видом логопедических занятий является речевая практика за пределами стационара — на улице, в аптеке, в магазине, на почте, в музее, в кино, в агитпункте, в библиотеке и т. д.

Последний, заключительный, этап — специальная конференция с участием родителей и друзей больных, обслуживающего персонала и др. На этих конференциях «подростки отвечают на вопросы аудитории, декламируют или читают отрывки из художественных произведений, разыгрывают небольшие сценки из пьес, делают доклады»[15].

Излагая принципы построения логопедических занятий со взрослыми заикающимися, А.Е. Евгенова и М.В. Смирнова пишут: «По формам речевой работы, в порядке последовательного усложнения ее, весь курс логопедических занятий делится на три периода. *Первый период* (14 занятий): 1) артикуляционные и дыхательные упражнения; 2) счетная зарядка; 3) фразовая зарядка; 4) вопросы и ответы; 5) несложное сообщение; 6) короткое стихотворение (наизусть). *Второй период* (12 занятий): 1) речевая зарядка; 2) чтение; 3) изложение прочитанного; 4) рассказ на данную тему; 5) практика разговорной речи; 6) объединенные занятия. *Третий период* (12 занятий): 1) небольшие доклады; 2) работа с художественным материалом (стихотворение, художественная проза); 3) драматизация; 4) экскурсия (индивидуальные и групповые); 5) отчеты лечащихся как особая форма речевой работы»[16].

Совокупность рациональных приемов дидактического и психологического направления в комплексном методе лечения заикания должна определять характер системы последовательного усложнения речевого материала и речевых ситуаций в современных логопедических упражнениях с заикающимися.

Однако анализ отечественных методик логопедической работы с заикающимися показывает, что в них наиболее полно выражены *системы последовательно усложняемых речевых упражнений.* Они имеют различные аранжировки в зависимости от возраста заикающихся, от типологии речевых судорог (Брунс, Никитина), от последовательного нарастания усложненных форм речи и степени ее самостоятельности (Власова, Хватцев, Смирнова, Евгенова и др.), от уровня речевого развития ребенка (Ястребова), от последовательности, предусматривающей различное отношение речи ребенка к его деятельности (Чевелева), и наконец, от типа лечебно-педагогических учреждений, где получают помощь заикающиеся, — амбулатории (Хватцев, Ходороваидр.). полустационара (Власова), медицинского стационара (Шокина, Шембель), сезонного санатория и оздоровительного пионерского лагеря.

Гораздо менее разработана в существующих методиках последовательность нарастания сложности речевых ситуаций, отсутствует системная связь ее с усложнением форм и содержания речи заикающихся. Наличие хорошо разработанных методик, постепенное усложнение речевых форм и почти полное отсутствие (если не считать методических указаний или разрозненных и

---

[15] *ШембелъА.Г.* Устранение заикания у подростков (в условиях медицинского стационара). Методическое письмо Государственного научно-исследовательского института уха, горла, носа. Министерства здравоохранения РСФСР. — М., 1961. — С. 14, 24, 25.

[16] *Евгенова А.Е., Смирнова М.В.* Опыт логопедической работы со взрослыми заикающимися. — М., 1960. — С. 15—16.

несистематизированных моментов в логопедической практике) системы последовательно усложняемых речевых ситуаций в логопедической работе с заикающимися порождают ряд несовершенств.

К ним следует отнести прежде всего увлечение в логопедической практике чисто речевыми упражнениями, что ведет к механическому тренажу заикающихся на различных этапах речи и, по сути, обозначает возвращение с некоторой модернизацией к дидактической школе и сильно вредит эффективности логопедической помощи заикающимся. Низкая эффективность в свою очередь порождает в настоящее время такие «методы», как заглушение речи «корректофо-ном Деражне» и снятия заикания путем одномоментного императивного внушения, или гипноза, и пр., что в значительной степени дискредитирует вообще помощь заикающимся и в частности помощь логопедическую.

Система последовательно усложняемых логопедических упражнений с заикающимися школьниками

Общедидактический принцип систематичности и последовательности в логопедических занятиях с заикающимися выражается прежде всего в логическом расположении содержания лечебно-педагогических занятий, когда сообщение определенных знаний и воспитание определенных навыков у заикающихся происходят в строго систематическом и последовательном порядке, с учетом их сил и возможностей, когда весь процесс выработки правильной речи и поведения у заикающихся идет от простого к сложному, от известного к неизвестному, от легкого к трудному. Образование у человека определенных навыков и умений, знание павловских концепций о роли систематических тренировок в лечении неврозов, к числу которых относится и заикание, позволяют утверждать необходимость систематической и последовательной тренировки правильной речи заикающихся в различных ее формах и условиях.

В системе этих занятий были использованы основные положения современных методик логопедической работы с заикающимися детьми: многоплановость воздействия на речь и личность ребенка (рекомендуемая М.Е. Хватце-вым), этапность речевой работы (Н.А. Власова, З.С. Ходоро-ва, А.Г. Шембель), принципы проведения логопедической ритмики (В.А. Гринер). При определении психотерапевтической направленности этих занятий с детьми учитывались указания И.А. Сикорского, А. Либмана, Д.Г. Неткачева, И.И. Тартаковского, В.А. Гиляровского, М. С. Лебединского, С.С. Ляпидевского.

В логопедических занятиях с детьми мы постарались учесть тот общеизвестный факт, что пароксизм заикания могут возникать или усиливаться не только от разных форм речевой деятельности ребенка, но прежде всего и от ситуаций, в которых она протекает. С этой целью мы, используя литературные источники и собственные наблюдения, разработали систему последовательно усложняемых речевых упражнений, в которых предусмотрели параллельное нарастание усложнений как форм устной речи, так и речевых ситуаций.

Последовательное нарастание усложненных форм устной речи определялось различием не только в степени речевой самостоятельности у заикающихся (от речи сопряженной, совместной с логопедом, к речи самостоятельной, спонтанной), но и в степени ее подготовленности (от заученного текста к хорошо знакомому, малознакомому, незнакомому и к экспромату), и в степени сложности речевого материала (от звука к слогу, слову и фразе, от простой фразы к сложной, от отдельных к связанным по смыслу).

С другой стороны, нарастание сложности речевых ситуаций в занятиях с заикающимися детьми рассматривалось в зависимости от окружающей обстановки, в которой проводилось это занятие (от привычной к непривычной, от знакомой к незнакомой); от общественного окружения (от одиночества к коллективу сверстников, от детского коллектива к взрослому, от знакомого к незнакомому); от разнообразия видов деятельности (от описания элементарных движений до комплекса действия от элементарной игры до целенаправленных занятий, до трудовой и общественной деятельности, от описания действий, производимых в настоящий момент, до предполагаемых).

При отборе основных внешних основных внешних факторов, определяющих сложность речевых ситуаций (обстановки, общественного окружения, видов деятельности), мы учитывали также, что школьник в своей повседневной жизни проходит своеобразный круг ситуаций, в которых протекает его речевая деятельность. Поэтому в логопедических занятиях с детьми предусматривалась организация аналогичных и разнообразных ситуаций, как в рамках самого кабинета, в котором проводилось занятие, так обязательно и вне его: на улице, в общественных местах.

В логопедических занятиях с заикающимися детьми построение усложнений содержания устной речи и речевых ситуаций мы рассматриваем как две стороны одного процесса, и потому постепенность, последовательность их усложнения целесообразно проводить параллельно.

Вот почему каждому этапу логопедических занятий соответствуют определенные виды речи и ряд последовательно усложняемых речевых ситуаций.

Необходимость коллективной работы с заикающимися детьми побудила нас последовательное и разноплановое усложнение речевых занятий с ними изложить в специальной схеме (см. стр. 148—153).

Наблюдения, сделанные в процессе логопедической работы с заикающимися детьми, показали, что эта схема речевых упражнений не может подменить собой творческую работу логопеда. Но в то же время она позволяет логопеду четко ориентироваться в речевых возможностях ребенка, правильно планировать необходимую систему логопедических занятий с ним, разнообразить формы этих занятий, яснее представлять себе их результаты.

С этой целью в схеме предусматривается соответствующее разнообразие видов речевых ситуаций как в условиях логопедического кабинета, так и вне его.

Кратко остановимся на некоторых особенностях этапов логопедической работы.

Подготовительные упражнения. На первом этапе логопедической работе заикающиеся дети получают необходимый стимул для лечения, овладевают подготовительными упражнениями, для их лечения создаются благоприятные условия — все это служит необходимыми предпосылками для успешного проведения работы.

Режим молчания и выработка рече-ручной связи могут быть использованы лишь в условиях стационаров. Режим молчания практически неосуществим в амбулаторных и домашних условиях; выработка рече-ручной связи без постоянного логопедического наблюдения и контроля, возможного лишь в стационарных условиях, может легко перерасти в одну из уловок, к которым прибегает заикающийся в целях маскировки своей речи.

Под термином «дыхательно-артикуляторно-голосовая гимнастика» подразумеваются упражнения, направленные на активизацию, достаточную подвижность и управляемость речедвигательного аппарата у заикающихся. В логопедической практике они известны также под названием речевой зарядки или гимнастики.

Сопряженная и отраженная речь. На втором этапе дети овладевают навыками правильной речи и поведения, постоянно используя образец и помощь логопеда.

Для большинства заикающихся школьников отраженная и тем более сопряженная форма речи является легкодоступной; они не испытывают почти никаких затруднений, повторяя совместно с логопедом или вслед за ним отдельные и связанные по содержанию фразы. Поэтому основное внимание ребенка должно направляться на соблюдение известных требований правильной речи: тональность, модулированность, выразительность, темп речи, поведение в момент речи и пр. На заведомо легком для ребенка речевом материале полезно поупражнять, потренировать у него навыки правильной речи и поведения, зафиксировать его внимание на умении говорить свободно и красиво, держаться при этом просто и непринужденно. Успех дальнейшей тренировки правильной речи у заикающихся будет во многом зависеть от того, насколько он уверенно начал свои первые шаги на пути к избавлению от заикания.

Ответы на вопросы. На третьем этапе речевой работы осуществляется постепенный переход к самостоятельной фразе. Дети получают возможность свободно давать ответы на конкретные вопросы в любой обстановке. Поскольку эта форма речи предполагает обязательное наличие как минимум двух человек (в номинале — логопед и пациент), оперирующих каждый сугубо своим и в то же время в определенной мере зависимым друг от друга речевым материалом, то нам представляется необходимым нарастание усложнений речевой формы и ситуации на этом этапе рассматривать в двух планах: 1) вопросов к заикающемуся и 2) последовательности его ответов.

Пересказ. На этом этапе завершается работа над фразами: ребенок совершенствует возможность правильно построить фразу, свободно передать несложное содержание прочитанного, услышанного, дать описания увиденного, сделанного — все это в самой разнообразной обстановке.

СХЕМА
последовательно усложняемых логопедических занятий с заикающимися школьниками

№ п/п	Виды речи	Этап логопедических занятий	Виды речевых ситуаций: В логопедическом кабинете	Виды речевых ситуаций: Вне логопедического кабинета
1.	Подготовительные упражнения	1. Режим молчания (в условиях стационара) 2. Шепотная речь 3. Дыхательно-артикуляторно-голосовая гимнастика (упражнения) 4. Логоритмика 5. Рече-ручной режим (в условиях стационара)		
2.	Сопряженная и отраженная речь	1. Произнесение гласных, сочетание гласных с согласными, слов 2. Фразы (от простых к сложным, от одной к нескольким, от разрозненных к связанным по смыслу): а) из стихотворений, б) из читаемого текста, в) на материале окружающей обстановки. 3. Повторение с логопедом заученных ранее фраз стихотворного и прозаического характера	Занятия проводятся: 1) в разных для ребенка положениях: а) сидя, стоя, б) со своего или чужого места, в) перед лицом всех присутствующих, 2) в разное время дня, 3) в присутствии постороннего человека, 4) открытое занятие с приглашением нескольких родителей или сотрудников учреждения	
3.	Ответы на вопросы	1. Последовательность конкретных вопросов ребенку: а) по предметным и сюжетным картинкам (знакомым, незнакомым, на память), б) по прочитанному про себя или услышанному сообщению (от простого рассказа до урока), в) по его бытовой и школьной жизни	1) Конкретные вопросы логопеда: а) провоцирующего характера (заданные тихим голосом, в неправильном темпе и пр., требующие находчивости при ответах), б) перед микрофоном, в) в присутствии посторонних (товарищей из других групп, сотрудников, родителей), г) в обыгрываемых ситуациях («В магазине», «На приеме у врача», «Школьный урок», «В библиотеке», «Гости и хозяева», «Разговор по телефону» и др.). 2. Вопросы задает посторонний человек	1. Конкретные вопросы логопеда по телефону. 2. Конкретные вопросы логопеда в общественных местах (в присутствии посторонних людей). 3. Конкретные вопросы задает посторонний человек
		2. Последовательность ответов ребенка: а) сопряженные и отраженные ответы и ответы по образцу, б) заученные ответы, в) ответы с добавлением одного-двух и более слов в фразах, г) развернутые ответы из двух и более фраз (по образцу и самостоятельно)	1. Ответы из разных положений (сидя и стоя, со своего и с чужого места, перед лицом всех присутствующих) и в разное время дня. 2. Ответы с трибуны или со сцены. 3. Ответы на провоцирующие вопросы. 4. Ответы перед микрофоном. 5. Ответы в обыгрываемых ситуациях. 6. Ответы в присутствии посторонних. 7. Ответы на вопросы постороннего человека	1. Ответы по телефону. 2. Ответы на вечере вопросов и ответов в другой группе детей. 3. Ответы в общественных местах в присутствии посторонних

№ п/п	Виды речи	Этап логопедических занятий	Виды речевых ситуаций: В логопедическом кабинете	Виды речевых ситуаций: Вне логопедического кабинета
4.	Пересказ	1. Произнесение заученных фраз, связанных по смыслу. 2. Составление по образцу фраз по картинкам (от простых к сложным, к связанным по смыслу; от знакомых к незнакомым и воспроизведению по памяти). 3. Самостоятельно подготовленные отдельные и связанные по смыслу фразы: а) по картинкам, б) по прочитанному про себя, в) по услышанному, по увиденному или сделанному. 4. Простые обращения, вопросы, просьбы и т. д. 5. Пересказ (описание): а) содержание картины, б) хорошо знакомого рассказа, в) увиденного на прогулке, экскурсии, диафильма и пр., г) услышанного (рассказ, радиопередача и пр.), д) прочитанного (сказка, рассказ, урок и пр.), е) описание совершаемого или совершенного действия	Различные виды пересказа: а) из различных положений и в разное время дня, б) с трибуны или со сцены, в) в обыгрываемых ситуациях (что и на предыдущем этапе, но уже без непосредственного участия логопеда), г) на микрофонном занятии, д) перед товарищами из других групп, е) на открытом занятии	1. Пересказ, несложные обращения и вопросы в различных общественных местах: а) музеях, художественных галереях, на выставке, в кино (вопросы и ответы между собой, описание картины), б) в магазинах, на почте, в библиотеке, в кино (подготовленные вопросы к работникам этих учреждений), в) на улице (подготовленные вопросы к прохожим). 2. Подготовленные вопросы по телефону. 3. Проведение вечеров вопросов и ответов для детей других групп
5.	Рассказ	1. Заученный рассказ или художественный отрывок. 2. Составление тематического рассказа (с тщательной подготовкой и без нее): а) по содержанию картинки, б) по увиденному на прогулке, в) по воспоминаниям, по аналогии с прочитанным или услышанным рассказом, г) о совершаемом, совершенном или предполагаемом действии 3. Составление доклада, отчета, обзора и т. д. 4. Развернутые вопросы, просьбы, обращения к окружающим	1. Различные виды рассказа: а) в различных положениях и в разное время дня, б) в обыгрываемых ситуациях (более сложных по сравнению с предыдущими и приближенных к школьной деятельности ребенка: «Школьный урок», «Комсомольское собрание», «Заседание редколлегии или кружка» и пр. в) с трибуны или со сцены, г) на микрофонном занятии, д) перед товарищами из других групп 2. Художественные выступления (декламации, инсценировки простые). 3. Отчеты, сообщения, обзоры	1. Рассказ и несложные обращения к окружающим в различных общественных местах: а) в музеях (сделать сообщение о художнике, скульпторе или отдельных произведениях искусства), б) в магазинах (различные вопросы и обращения), в) на улице (вопросы к прохожим). 2. Диалог по телефону (без подготовки). 3. Отчеты, доклады, сообщения в другой группе
6.	Чтение	1. Чтение вслух (сопряженное и отраженное): а) стихотворений, б) прозы (художественный отрывок), в) урока	1. Чтение в различных положениях и в разное время дня: а) с трибуны или со сцены, б) на микрофонном занятии, в) перед товарищами из других групп,	Чтение газет, политинформация в другой группе

№ п/п	Виды речи	Этап логопедических занятий	Виды речевых ситуаций	
			В логопедическом кабинете	*Вне логопедического кабинета*
		2. Самостоятельное чтение (хорошо знакомого, затем незнакомого стихотворения, художественного отрывка, урока): а) мысленно, б) шепотом, в) вслух 3. Чтение по ролям	г) в обыгрываемых ситуациях («Политинформация», «Репетиция», «Читательская конференция» и др.). 2. Доклады	в) на улице (вопросы к прохожим) 2. Диалог по телефону (без подготовки) 3. Отчеты, доклады, сообщения в другой группе Чтение газет, политинформация в другой группе
7.	Спонтанная речь	1. Вопросы, просьбы, обращения к окружающим, перерастаемые в общение с окружающими. 2. Участие в коллективных беседах и обсуждениях прочитанного, увиденного, услышанного, сделанного: на бытовые и школьные темы и пр. (с подготовкой и без нее). 3. Драматизация	Спонтанная речь или художественные выступления в различных положениях и в разное время дня: а) в обыгрываемых ситуациях («Диспут», «Обсуждение книги, фильма, матча и пр.», «Собрание», «Заседание кружка» и т. д.), б) с трибуны или со сцены, в) на микрофонном занятии, г) перед товарищами из других групп, д) на открытом занятии, е) на концерте художественной самодеятельности для родителей и товарищей	1. Самостоятельная речь в различных общественных местах: а) в музеях (организация диспутов и обсуждение отдельных произведений искусств или в целом творчества какого-либо художника, скульптора и т. д.), б) в торговых учреждениях (в книжных магазинах — выбор книги по определенной тематике, обсуждение ее достоинств, возможности использования для доклада, на диспутах и т. д.; в продовольственном магазине — беседы с продавцами о качестве предметов продажи), в) на улице (различные обращения и беседы с прохожими о том, как лучше разыскать человека, учреждение, в каком магазине можно приобрести необходимый предмет и т. д.). 2. Различные беседы по телефону: с друзьями на бытовые темы, получить необходимую справку в справочном бюро и т. д. 3. Организация беседы, обсуждение диспута, концерта в другой группе

В процессе логопедических занятий с заикающимися детьми мы обратили внимание на возможность широкого использования звукозаписывающей аппаратуры.

Общеизвестно, что среди заикающихся детей и подростков постоянно встречаются такие, у которых воля и надежда на излечение по разным причинам ослаблены. Между тем услышанная ими собственная правильная речь может стать для них громадным стимулирующим фактором. Вот почему при умело построенном микрофонном занятии у заикающихся повышается настроение, появляется желание активно добиваться и дальше успехов в работе над собой, вырабатывается уверенность в положительном исходе занятий и пр.

Кроме того, проведение микрофонных занятий с заикающимися показало, что у них довольно устойчиво неправильное представление о своей речи (неправильно оценивают темп, громкость, выразительность собственной речи). В этом отношении микрофонные занятия позволяли изменить эти неправильные представления, помогали заикающимся добиваться необходимых качеств своей речи.

Таким образом, по основной цели микрофонных занятий мы различаем сравнительные (сопоставление речи в настоящем с той, что была при поступлении с целью стимулирования для дальнейшей работы над собой) и обучающие (воспитание навыков правильной речи — темпа, выразительности, громкости и пр.). Всего за курс проводится от 7 до 9 таких занятий.

Рассматривая условия, в которых проводятся логопедические занятия с заикающимися, типа музеев, магазинов, улиц, можно увидеть различия в речевой ситуации в сторону ее усложнения.

В музее речевая деятельность заикающихся протекает в новом месте, проводится в присутствии посторонних, но внутри своего коллектива, между детьми и логопедом.

В магазине речевая ситуация усложняется. Здесь происходит общение с посторонними и в присутствии многих посторонних.

На улице еще сложнее: прохожие, к которым обращается с каким-либо вопросом заикающийся, — люди, в большинстве случаев занятые своим делом (сравните: в магазине продавец не удивляется вопросам покупателей, он обязан отвечать на них). Идущий по своим делам и занятый своими мыслями прохожий не всегда быстро и не всегда охотно откликается на вопрос, обращенный к нему. А перед тем как ответить, обязательно внимательно вглядывается в спрашивающего. Все это чрезвычайно напрягает речевую ситуацию и ставит заикающегося в весьма сложное положение.

Рассказ. На пятом этапе речевой работы осуществляется переход к самостоятельной речи: ребенок от описания и пересказов переходит к самостоятельному рассказу. Одновременно он закрепляет получаемые навыки правильной речи и поведения в различных общественных местах — в музеях, магазинах, на улице.

Чтение. На этом этапе логопедических занятий ранее полученные ребенком навыки речи и поведения переносятся им на чтение.

Чтение не случайно поставлено на одно из последних мест в системе последовательного усложнения форм речи у заикающихся. Это объясняется особенностью большинства заикающихся, для которых чтение оказывалось значительно труднее других форм речи. Видимо, это можно объяснить тем, что при чтении у заикающихся возникает возможность еще и зрительно фиксировать внимание на трудных звуках и сочетаниях. На другую причину сложности чтения для заикающихся указывал И.И. Тартаковский, который писал: «Во многих случаях чтение давалось труднее устной речи. Это психологически вполне объяснимо. В устной речи заика может менять редакцию слов по своему усмотрению, важна здесь мысль, а не выбор слов. В чтении дан определенный текст, которого необходимо придерживаться строго. В устной речи, кроме того, можно делать длительные паузы перед «трудностями», подыскивая якобы нужные слова. Этим отводит глаза своим собеседникам опытный заика. В чтении этого делать нельзя»[17].

Спонтанная речь. Это последний, самый значительный и длительный этап речевой работы с заикающимися. Он служит для воспитания у ребенка достаточно прочных навыков речи и поведения в спонтанной речи и в разных речевых ситуациях. От того, насколько прочно овладеет ребенок новыми навыками в самостоятельной речи, зависит успешность дальнейшей его самостоятельной работы в домашних и школьных условиях и эффективность всей лечебно-педагогической работы с ним.

Итоговый период вмещает в себя все формы речи и речевых ситуаций, с которыми ребенок встречался на предыдущих этапах, усложняя и разнообразя их бесконечно. Здесь важно заметить, что усложнение речевых ситуаций для детей после периода пересказа на логопедических занятиях идет уже скорее не за счет разнообразия этих ситуаций, а за счет усложнения их речевого содержания.

---

[17] *Тартаковский И.И.* Психология заикания и коллективная психотерапия. — М., 1934. — С. 36—37.

Последовательность в организации логопедических занятий с заикающимися школьниками

Принцип систематичности и последовательности включает не только логическую, но и организационную сторону логопедического воздействия на заикающихся, так как овладение ими определенных знаний, навыков и умений должно происходить не от случая к случаю, а систематически, т. е. постоянно, регулярно, без пропусков и по плану. Только в этом случае будет иметь место постоянная тренировка нервных процессов, которая собственно и лежит, по указанию И.П. Павлова, в основе лечения неврозов, в группу которых входит и заикание.

Лечебно-педагогический процесс предполагает определенную форму организации корригирующей работы с заикающимися. Более того, качество формирования у них свободной речи во многом обусловливается самой формой построения логопедических занятий. Вот почему вопросы, связанные с формами организации корригирующей работы с заикающимися, были и остаются актуальными в логопедической теории и практике.

Система организации логопедических занятий с заикающимися предусматривает последовательное нарастание сложности речевого материала или ситуаций как от одного занятия к другому и от него к третьему и далее, так и внутри каждого занятия в отдельности.

Принцип систематичности и последовательности в организации логопедических занятий с заикающимися особенно заметно вырисовывается в общих (перспективных) и конкретных (ежедневных) планах логопеда.

Перспективный план отражает систему логопедических занятий в целом за весь лечебный курс. Этим планом предусматривается система последовательной активизации правильной речи и поведения у заикающихся не только в процессе логопедических занятий, но и вне их.

Перспективным планом логопедической работы с заикающимися предусматриваются:

1) стимулирующие демонстрации и беседы;

2) щадящий режим, определенным образом ограничивающий речь детей и помощь извне (молчание, шепотная речь, рече-ручной режим, сопряженная и отраженная речь, ответы на вопросы);

3) тренировочный режим, направленный на активную перестройку их речи и включающий все виды речевой работы с ними;

4) закрепительный период, продолжающий тренировочный режим после выписки детей из логопедического стационара.

Приходится неоднократно слышать мнение о том, что нецелесообразно со всеми заикающимися начинать логопедические упражнения с этапа сопряженной и отраженной речи, так как у многих заикающихся этот этап речевой работы не вызывает каких-либо трудностей.

Между тем этап сопряженной и отраженной речи в логопедических занятиях на практике оказывается необходимым, во-первых, как переходный этап (звено) в системе последовательного нарастания усложнений форм речи (от молчания к несамостоятельной, а затем к спонтанной речи), во-вторых, как этап, который отвечает (в силу своей доступности для заикающихся) целям щадящего режима и которому соответствует в лечебно-педагогическом процессе ряд определенных подготовительных, обучающих и стимулирующих мероприятий (работа над голосом, темпом и выразительностью речи, паузами, поведением и пр.). В большинстве случаев этот этап логопедических занятий с заикающимися выступает как фактор, несущий огромный психотерапевтический заряд, ибо позволяет (опять-таки в силу своей доступности) настраивать заикающегося на мысль об уже начавшемся улучшении состояния его речи, тем самым стимулируя для дальнейшей работы, повышая доверие к логопеду. У опытного логопеда, несмотря на какой-то общий для всех заикающихся в группе речевой этап, на занятиях используются все формы речи, которыми оперируют члены группы в зависимости от их речевых возможностей. В этом проявляется другой общедидактический принцип — принцип индивидуального подхода — в процессе лечебно-педагогических занятий с заикающимися детьми. Об особенностях его проявления в логопедической практике следует говорить особо.

Ежедневный план отражает последовательность логопедической работы с заикающимися на одном отдельном занятии. Принцип последовательности здесь выражается в соотнесении его структурных частей — вступительной, основной и заключительной. Структурные части являются взаимосвязанными и взаимообусловленными частями единого и цельного по своему содержанию логопедического занятия. Одна часть последовательно заменяет другую, но каждая последующая включает элементы предыдущей и подготавливает почву для последующей.

Вступительная часть логопедического занятия характеризуется подготовительными упражнениями, включающими элементы организации детского коллектива, внимания,

целенаправленности на предстоящую работу; тренировочными упражнениями, имеющими целью подготовить ребенка к предстоящей работе; повторением и закреплением проработанного на предыдущем занятии материала.

Основная часть может быть выражена в зависимости от цели занятия выработкой или тренировкой навыков правильной речи и поведения у детей в новой речевой форме или ситуации.

Заключительная часть представляет собой ряд тренировочных упражнений, закрепляющих то новое, что прорабатывалось на этом занятии, на аналогичном материале или условиях. Сюда же входят подведение итогов работы детей на занятии, фиксация внимания детей на достижениях и успехах, имевших место на этом занятии, советы и задания для закрепления этих достижений вне логопедических занятий.

Как видим, общедидактический принцип последовательности и систематичности в логопедических занятиях с заикающимися школьниками проявляется в логическом усложнении не только форм и содержания речи, но и речевых ситуаций, не только в последовательном проведении целой системы логопедических занятий, но и каждого отдельного занятия.

Изложение некоторых основных принципиальных положений, касающихся логопедических занятий с заикающимися школьниками, указывает на необходимость тщательно продуманной и творческой работы логопеда в каждом отдельном случае заикания у ребенка.

Очерки по патологии речи и голоса Вып. 3 / Под ред. С.С. Ляпидевского. — М., 1967. С. 170—196.

И.Ю. Абелева, Л.П. Голубева и др.

Речевые правила для заикающихся

1. Прежде чем начать говорить, подумайте о том, что хотите сказать.

2. Не спешите с ответом. Сначала проговорите ответ «про себя».

3. Говорите всегда на нижне-диафрагмальном дыхании. Ни в коем случае при вдохе не поднимайте плечи.

4. Перед началом речи сделайте вдох и сразу начинайте говорить на плавном выдохе, не допуская утечки воздуха.

5. Никогда не говорите на вдохе, это противоестественно.

6. Выдыхаемый воздух расходуйте в основном на гласные звуки, четко артикулируя их.

7. Произносите гласные широко и громко, согласные — легко, без нажима.

8. В каждом слове выделяйте ударный гласный звук, т. е. произносите его громче и длительнее остальных гласных в этом же слове.

9. Строго выдерживайте паузы между предложениями.

10. Длинные предложения делите на смысловые отрезки (3—5 слов), между которыми выдерживайте паузу и делай те новый вдох.

11. Все слова внутри отрезка и короткие предложения произносите слитно, как одно длинное слово.

12. Старайтесь говорить громко, четко и выразительно.

ПАМЯТКА ЗАИКАЮЩЕМУСЯ

1. Объясните о своем решении бороться с заиканием товарищам по работе и близким.

2. Воспитывайте в себе смелость, решительность, выдержку и волю. Не отступайте от намеченной цели, будьте упорными в достижении ее. Верьте в свои силы и возможности. Запомните, что отныне «не могу» для вас не существует.

3.Старайтесь быть все время в хорошем настроении. Что бы ни случилось, не теряйте бодрости. Учитесь на ошибках преодолевать трудности. Не оправдывайте заиканием неудачи в учебе, выборе профессии, личной жизни — это результат безволия.

4. Считайте себя полноценным членом общества:

а) активно участвуйте в общественной жизни;

б) не стесняйтесь высказывать свое мнение вслух;

в) выступайте на собраниях, совещаниях, конференциях;

г) участвуйте в художественной самодеятельности;

д) будьте общительны с окружающими, не замыкайтесь в себе, в своих переживаниях.

5. Боритесь с мнительностью, обидчивостью, раздражительностью. Учитесь владеть собой и сохранять спокойствие в любых ситуациях.

6. Не миритесь с заиканием, творчески ищите пути и методы преодоления его. Используйте для работы над речью и над собой любые условия и ситуации, заинтересуйтесь работой над речью и полюбите ее.

7. Планируйте свой день, вводите речевую работу в распорядок дня. Используйте свой отпуск для активной самостоятельной работы над речью.

8. Старайтесь не думать о своем заикании. Чаще вспоминайте случаи, когда вы говорили без затруднений. Учитывайте малейшие успехи в борьбе с заиканием. Автоматизируйте правильные речевые навыки в повседневной жизни, не обращая внимания на возможные речевые трудности и неудачи.

9. Всегда при разговоре смотрите в глаза собеседнику. Держитесь во время речи спокойно, не напрягаясь. Не прибегайте к уловкам, не делайте лишних движений руками, ногами, головой или туловищем. Пользуйтесь всегда (во время речи и в состоянии покоя) только нижне-диафрагмальным дыханием, этим вы автоматизируете его.

10. Исключите из своей речи ненужные слова «ну», «вот», «значит» и др. Стройте фразы грамматически правильно. Совершенствуйте культуру своей речи, чаще обращайтесь к словарям русского языка.

11. Помните, что речь тесно связана с общим физическим состоянием организма:

а) регулярно питайтесь;

б) нормально спите;

в) чередуйте труд и отдых, правильно организуйте отдых;

г) не курите, не употребляйте спиртных напитков;

д) занимайтесь такими видами спорта, как плавание, гребля, художественная гимнастика, лыжи, коньки, но без участия в соревнованиях.

Не рекомендуются виды спорта, требующие больших мышечных напряжений или резких движений (штанга, бокс, борьба, бег, прыжки, футбол, баскетбол и т. п.).

12. Всегда и везде при разговоре соблюдайте речевые правила.

Абелева И.Ю., Голубева Л.П., Евгенова А.Я., *Сини-цына* ***Н.Ф., Смирнова М.Ф.*** **В** помощь взрослым заикающимся: Пособие для самостоятельной работы над речью. — М., 1969. — С. 8—10.

Расстройства темпа, ритма и плавности речи

У специалистов, изучающих вопросы речевой патологии, и настоящее время накапливается все больше фактов, подтверждающих мнение, что расстройства темпа, ритма и плавности речи по этиологическим и патогенетическим признакам не являются однородными. В связи с этим среди указанных нарушений нозологически могут быть выявлены расстройства несудорожного (тахилалия, брадилалия, спотыкание) и судорожного (разные формы заикания) характера.

Брадилалия, тахилалия и спотыкание относятся к нарушениям развития внешней и внутренней речи с расстройством ритма и темпа ее, делающим речь человека малопонятной, скучной, недостаточно доходчивой, что ограничивает возможности страдающих этими расстройствами лиц даже при развитом, а иногда и высоком интеллекте.

Основным симптомом заикания является речевая судорога различной формы (с преобладанием клонического или тонического типа) и локализации (артикуляционная, голосовая, дыхательная), Спотыкание, тахилалия и брадилалия могут служить фоном для других нарушений речи. В частности, спотыкание и разнообразные виды скоррговорения бывают непосредственной причиной заикания. Спотыкание затрудняет терапию заикания и служит причиной частых его рецидивов.

Несмотря на интенсивность современных исследований в области дифференцированного изучения расстройств темпа, ритма и плавности речи несудорожного и судорожного характера, нужно констатировать, что работа эта еще весьма далека от завершения. Особенно мало сделано в области изучения расстройств темпа, ритма и плавности речи несудорожного характера. Здесь еще многое остается неясным и требует дальнейшего кропотливого исследования.

Отсутствие должного внимания к вопросам патогенеза и клиники речевых расстройств, включающих нарушения

темпа, ритма и плавности речи, нередко влечет за собой ошибки в подходе к их терапии, недостаточность варьирования методик (особенно когда они столь различны, как при спотыкании и заикании) и вообще снижение эффективности терапии нарушений речи данной группы в целом.

БРАДИЛАЛИЯ, ТАХИЛАЛИЯ, СПОТЫКАНИЕ

Группа логопатии, относящихся к нарушениям темпа и ритма речи несудорожного характера, включает несколько речевых расстройств, которые сравнительно недавно были выделены как самостоятельные формы. К нарушениям речи этой группы относятся: 1) брадидадия,,2) тахилалия, 3) спотыкание и 4) смешанные формы. Характерны для всех расстройств речи данной группы преимущественно наследственный генез и некоторая роль экзогении в их происхождении. Чистые формы спотыкания, тахилалий и брадилалии различаются по степени тяжести: легкие, средние^ и тяжелые. Расстройства легкой и средней степени мало беспокоят пациентов и напоминают крайние варианты нормального развития речи. При резких степенях выраженности они нарушают процесс коммуникации и становятся явно патологическими. Спотыкание и тахилалия сопряжены между собой скороговорением: они играют важную роль в генезе такого тяжёлого нарушения речи, как заикание.

Патогенез, клиника, а также методы лечения перечисленных расстройств речи различны и потому требуют специального их рассмотрения.

Брадилалия — патологически замедленная, но правильно координированная речь. По мнению некоторых авторов, в патогенезе брадилалии большое значение имеет патологическое усиление тормозного процесса, который начинает доминировать над процессом возбуждения (М.Е. Хватцев, 1959). Брадилалия встречается как у детей, так и у подростков и взрослых. Она является преимущественно наследственной формой нарушения развития внешней и внутренней речи. Однако *в* генезе брадилалии могут иметь значение и экзогенные факторы: воспитание, подражание, а также интоксикации, астенизация и др.

Сходные с брадилалией особенности речи наблюдаются у жителей северных стран, но там они являются обычной формой речи. В средних и южных широтах, где люди говорят быстрее, брадилалия считается патологическим вариантом развития речи и встречается чаще всего у лиц флегматичных, медлительных, вялых. В клинике брадилалии обращают на себя внимание многообразные нарушения: замедленность темпа и ритма внутренней и внешней речи,

замедленность процессов письма»„монотонность голоса, интер- и интравер-бальнре[18] замедление. Растянутая, монотонная, недостаточно модулированная речь лиц, страдающих брадилалией, вызывает напряжение, истощение внимания, неприятные ощущения и утомление слушателей.

При слабых и средних степенях брадилалии эти нарушения речи самими пациентами не замечаются. В более тяжелых случаях появляются чувство нарушения речи и связанные с этим психологические переживания. Такие лица обращаются за помощью к специалистам-логопедам с жалобами на то, что окружающие почему-то не любят с ними разговаривать или плохо понимают их речь.

Чаще всего брадилалия является синдромом какого-либо соматического, неврологического или психического заболевания. Сходная с брадилалией речь нередко встречается в клинике некоторых форм психических заболеваний при олигофрении, а также в неврологической клинике у больных с последствиями менинго-энцефалита, дистрофических, органических заболеваний центральной нервной системы, травм, опухолей головного мозга и т. д. В этих случаях она сочетается с брадиканезией (замедленностью всех движений), астени-зацией, общей заторможенностью, вялостью, слабостью и пр.

Лечение брадилалии так же, как и других расстройств речи, связанных с нарушением ее ритма и темпа, должно проводиться комплексно. Применяются особые приемы логопедии, перевоспитание личности, медикаментозное лечение, особые формы лечебной гимнастики, логопедическая ритмика, пение, физиотерапия и т. д.

Логопедические мероприятия заключаются в выработке:

а) более быстрых и четких речевых движений в процессе речи;

б) убыстренных речевых реакций с помощью скороговорок;

б) убыстренного темпа внутренней речи (работа над воображением при действии внешних раздражителей различного темпа и ритма); г) убыстренных темпов чтения и письма;
д) выразительных форм сценического чтения и драматизированной речи и т. д.

Врачебная помощь заключается в укрепляющем и тонизирующем лечении, способствующем повышению активности нервной деятельности. Сюда относятся дуплекс, глютаминовая кислота, алоэ, витамины группы В и С, нуредал, азоксодон, настои или экстракты лимонника, женьшеня, инъекции прозерина, галантамина и других лекарственных средств, ускоряющих передачу возбуждения в нервных клетках и синапсах нервной и нервно-мышечной системы.

Лечебная гимнастика должна иметь тонизирующий характер и осуществляться с перемежающимся ритмом и темпом движений, со специальными спортивными играми. То же относится и к специальной логопедической ритмике.

Физиотерапия — душ Шарко, электролечение и др.

Тахилалия — патологическое убыстрение темпа речи. Описывалась часто в сочетании с другими расстройствами речи. Как самостоятельная форма нарушения речи с преимущественным расстройством ее темпа впервые выделена из сложной группы парафазии КХА. Флоренской в 1933 г. В дальнейшем правильность этого была подтверждена многими авторами; доказана преимущественно наследственная природа генеза. Однако роль внешних факторов (подражание, неправильные приемы воспитания и т. д.) очевидна. Центральным звеном в патогенезе тахилалии является расстройство темпа внешней и внутренней речи за счет патологического преобладания процессов возбуждения (М.Е. Хватцев, 1959). В случаях когда убыстрение темпа внутренней и внешней речи синхронны, тахилалия приближается к вариантам речи, характерным для некоторых южных народностей.

Наряду с нарушением внешней и внутренней речи в клинике тахилалии наблюдаются сходные расстройства чтения и письма, а также быстрый темп общей моторики и всех психических процессов, повышенная поверхностная эмоциональность, гиперактивность. При резком возбуждении лиц, страдающих тахилалией (например, в споре или при необходимости быстрого высказывания), темп речи резко убыстряется и на высоте .торопливости появляются расстройства речевого внимания, запинки, повторения, проглатывания, перестановки слогов, слов, искажения предложений, неясность произношения фраз и т. д., напоминающие спотыкание. Однако при привлечении внимания к речи у страдающих тахилалией в этих случаях происходит быстрое восста-

---

[18] Интервербальное замедление — удлинение пауз между словами, интравербальное — замедленное, растянутое произношение звуков речи и удлинение пауз между отдельными звуками внутри слова.

новление равновесия между внутренней и внешней речью, и хотя темп ее остается быстрым по сравнению с речью окружающих, запинки и спотыкания исчезают.

Различение лиц с убыстренным темпом речи на группы: тахилалия и баттаризм (М.Е. Хватцев, 1959), уже является преддверием к изучению вопросов спотыкания, когда расстройства темпа, несмотря на их выраженность, отходят на второй план, а на передний выдвигаются расстройства внимания, хаотичность и неясность речи, запинки несудорожного характера (Ю.А. Флоренская, Weiss, Freund, Luchsinger, Arnold, Seeman и др.).

Основные принципы логопедической и психологической работы с лицами, страдающими тахилалией, описаны Ю.А. Флоренский и З.С. Ходоровой (1935). Речевая ортопедия проводится в условиях коллектива на фоне разъяснительной психотерапии. Большое значение имеет привлечение внимания к речи таких лиц, упорядочение ее темпа, воспитание логического мышления. Вся работа проводится на фоне снижения общей психомоторной возбудимости при перестройке патологических особенностей личности путем использования специальных видов лечебной физкультуры, медикаментозного и физиотерапевтического воздействия. Необходимо подчеркнуть, что тахилалия делает речь страдающих ею лиц малопонятной, требующей большого, напряженного внимания окружающих. Она является стойким нарушением речи, имеющим тенденцию к рецидивированию. Курс лечения тахилалии у детей дошкольного и школьного возраста длится примерно от 6 месяцев до 1 года. При лечении этого расстройства речи у детей большое значение приобретает свойственная им подражательность. Успех лечения зависит от его последовательности, упорства, систематичности и длительности.

Осложненная психогенией и развивающейся в связи с этим астенизацией тахилалия может способствовать развитию заикания (особенно в раннем детском возрасте). В этой связи борьба с тахилалией в раннем детском и подростковом возрасте особенно актуальна.

Спотыкание — неправильное формирование фразы как следствие особого нарушения речевого внимания, тяжелых расстройств темпа и ритма речи.

Наиболее важные различия при спотыкании и заикании по данным Weiss, Landova и Moravec

Фактор	Спотыкание	Заикание
Сознание дефекта	Отсутствие	Имеется
Речь при напряжении	Лучше	Хуже
Привлечение внимания к речи	Улучшает речь	Ухудшает
Иностранный язык	Лучше	Хуже
Чтение хорошо знакомого текста	Хуже	Лучше
Чтение неизвестного текста	Лучше	Хуже
Письмо	Торопливое, повторяющееся, с неясным почерком	Сжатое, напряженное, заторможенное
Отношение к собственной речи	Безразличное, небрежное	Боязливое
Психологические переживания	Опережающее	Отставленные
Академические способности	Не достигают возможного уровня, хотя хорошие и высокие	Хорошие и высокие (многое зависит от отношения к преподавателям)
Электроэнцефалограмма	Дизритмия Ухудшение речи	Чаще норма Улучшение
Эффект Ли	Улучшение	Ухудшение
Аминазия	Ухудшение	Улучшение
Цель терапии	Очень небольшое или отсутствует	Большое
Желание лечиться	Направить внимание на детали речи	Отвлечь внимание от деталей

Изучение критериев сходства и различия между спотыканием и заиканием с помощью объективных методов играет огромную роль в диагностике и выборе лечебных мероприятий.

Первоначальным приемом работы со спотыкающимися будет изменение установки их на свою речь. Известно, что у спотыкающихся, как правило, страдает оценка собственного расстройства речи. Им кажется, что они должны говорить быстрее, так как слушатели не смогут от нетерпения уследить за их мыслью. Нормальная по темпу речь воспринимается спотыкающимися как флегматичная. Спотыкающиеся не осознают своей плохой речи, и только серьезные неудачи или другие веские причины могут заставить их лечиться.

Изменение установки больного на правильный темп речи является трудной задачей, требующей тщательного, терпеливого и твердого объяснения сущности речевого недостатка. Последовательная переделка самооценки собственной речи должна основываться на объективном сравнительном показе качества нормальной и спотыкающейся речи путем записей речи спотыкающихся и нормально говорящих на магнитофонную пленку.

Важно иметь в виду, что спотыкание является не одним симптомом, а нарушением перцепции, внимания, темпа, ритма, мелодии и неправильного отношения пациентов к речевой коммуникации в целом. Поэтому коррекции должна подвергаться вся речевая деятельность и личность пациента. Успех терапии основывается на желании пациента лечиться и умении специалиста поддерживать у него неослабевающий интерес к этому лечению. С самого начала важна отработка речевого внимания и способности к длительной концентрации его. Не менее важным является развитие артикуляторного и мышечного контроля в процессе устной речи, чтения вслух, письма.

Работа по замедлению темпа речи вначале строится путем применения сопряженных и отраженных форм речи и чтения. Чтение должно осуществляться по заранее проработанному тексту с расстановкой смысловых пауз.

Благоприятное действие на нормализацию темпа речи производит усиленная артикуляция по Крайницу.

В процессе библиотерапии необходимо предотвращать быстрое пробегание последующего текста глазами, для чего рекомендуется прикрывание нижележащих строчек линейкой.

Выработке нормального темпа речи способствуют обратный счет и фонетическое письмо с проговариванием слов в момент их написания.

В настоящее время большинство авторов рекомендуют обучение естественным навыкам речи, чтения, письма без применения механических приемов. Затем проводится дифференцированная работа над слуховым вниманием ритмом мелодии, интонацией, акцентуацией речи спотыкающихся. Пациенты приучаются к внимательному прослушиванию текста, музыки, повторению музыкальных фраз, ритма и т. д. Далее речь усложняется за счет обучения коротким пересказам, рассказам по картинкам и, наконец, происходит переход к сообщениям, докладам, изложению свободных мыслей. Большую пользу приносят удлинение слогов, привитие навыков пользоваться правильными ударениями речи, акцентуация речи голосом. У многих спотыкающихся, несмотря на многоречивость, имеется недостаточный запас слов, поэтому при устранении спотыкания важным моментом является расширение словарного запаса. Достигается это чтением вслух, приучением к пересказу, заучиванием наизусть стихов, использованием словаря при затруднениях в акцентуации и подборе слов.

Следующим важным звеном устранения спотыкания является развитие внимания к состоянию внутренней речи: продумывание содержания и вербального оформления каждой фразы, смысловая редакция фраз с выделением основного содержания. Как правило, спотыкающиеся не умеют выделять главные и второстепенные смысловые категории. При пересказе они могут дать четкую цитату и затем сбивчивый набор фраз с некоторой пустотой смысла, поэтому необходимо научить спотыкающихся организовать пересказ, выделяя основное содержание текста. Должен поощряться пересказ своими словами (содержание книги, статьи, кинофильма, телевизионных передач, посещение музеев, выставок и т. д.).

Предлагается чаще повторять больным: «Думай о том, что говоришь», «Говори для других». Перцепция (ощущение, восприятие) и внимание воспитываются одновременно с темпом речи. Все это служит предпосылкой для перехода к свободной речи. Обучение свободной речи начинается с простейших ответов на вопросы в необходимом темпе речи, с усиленным артикулированием звуков. При сочетании спотыкания с дислалией рекомендуется начинать лечение спотыкания с устранения дислалии. Одновременное привлечение внимания к технике артикулирования, проговаривания, оформления фраз облегчает последующую работу по борьбе со спотыканием. При сочетании

спотыкания с заиканием принцип логопедической работы зависит от преобладания того или другого нарушения речи (при преобладании спотыкания основной принцип — привлечение внимания пациента к его плохой речи, при преобладании заикания — отвлечение внимания от дефектной речи и т. д.).

Расстройства фонации должны корригироваться после окончания лечения спотыкания. Снижение регистра голоса (особенно в период мутации) рекомендуется проводить в физиологических его границах.

Комплекс терапии спотыкания включает занятия по физическому и музыкально-ритмическому воспитанию (лечебная гимнастика, ритмика с элементами сдерживающего начала или тонизирования в зависимости от фонового темпа речи и моторики). При лечении спотыкания рекомендуется медикаментозная терапия, способствующая нормализации ритма и темпа речи, устранению расстройств функции вегетативной нервной системы, нарушений дыхания и т. д. Это достигается назначением миорелаксантов, центральных хо-линолитических и нейроплегических препаратов (В.С. Кочергина). Специалист должен все время внимательно следить за изменением клинической картины спотыкания в процессе лечения и определять, какой элемент речи в данный момент должен подвергаться основной терапии. Устранение спотыкания требует раннего начала лечения, систематической длительной терапии, а также периодического контроля вследствие склонности этого расстройства речи к рецидивам. Weiss Seeman Kurka и др. указывают на трудности излечения спотыкания у лиц с недисциплинированным и расторможенным поведением. В процессе терапии спотыкания немалую роль играет рациональная, а иногда авторитарная психотерапия, которая должна проходить через всю работу логопеда и врача. Надо постоянно учитывать, что лечение спотыкания во многих случаях является профилактикой заикания.

Теоретические и практические вопросы, связанные с нарушениями ритма и темпа речи несудорожного происхождения, естественно, интересуют широкие массы специалистов по патологии речи. Наличие специфики тахилалии, брадила-лии и спотыкания теперь уже ни у кого не вызывает сомнения. Многие связанные с этим проблемы решены в настоящее время с достаточной четкостью. Однако остается еще большое количество «белых пятен», требующих дальнейшего глубокого исследования.

Брадилалия, тахилалия и спотыкание относятся к нарушениям развития внешней и внутренней речи с расстройством ее ритма и темпа. Они делают речь человека малопонятной, что ограничивает духовные возможности страдающих этими нарушениями лиц даже при хорошем, а иногда и высоком интеллекте.

Отсутствие должного внимания к вопросам патогенеза, клиники, дифференциальной диагностики сходных речевых расстройств, включающих нарушение темпа и ритма речи, нередко влечет за собой ошибки в определении целенаправленного лечебного воздействия, что в ряде случаев не только не помогает больному, но может даже ухудшить состояние его речи.

Своевременная борьба с тахилалией, брадилалией и спотыканием в раннем детском возрасте исключает наличие этих нарушений речи в дальнейшем, а также обеспечивает профилактику заикания. В этой связи тщательное изучение этиологии, патогенеза, клиники и терапии указанных расстройств речи и смешанных их форм имеет огромное практическое значение.

Кочергина В.С, Брадилалия, тахилалия, спотыкание. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М., 1969. — С. 213—218; 221—226.

С.М. Любинская

Техника обучения методу аутогенной тренировки

Во время обучения сеансы аутогенной тренировки надо проводить в относительно тихом и полутемном помещении (свет не должен падать на лицо). Положение тела — лежа или сидя. Каждое из них имеет свои преимущества. Положение лежа освобождает сразу 22% энергии основного обмена, которую организм тратит на поддержание вертикального положения тела и снимает статическое возбуждение в центрах больших групп мышц, которые должны были бы поддерживать тело в сидячем положении. Овладев релаксацией в положении сидя, можно будет проводить сеанс где угодно.

До начала сеанса надо освободить тело от стесняющей одежды.

Во время обучения аутогенной тренировке все команды для релаксации, все формулы самовнушения, все команды для выхода надо повторять 15 раз. В лаборатории И.П. Павлова было установлено, что примерно такое количество повторений позволяет быстро вырабатывать условные рефлексы. Большее число раз повторений помогает быстрее овладеть обучением аутогенной тренировке.

Вначале, повторяя команды, отмечайте их легким шевелением пальцев рук, вы быстро усвоите ритм повторения команды (15 раз) и тогда перестанете контролировать число своих повторений — это уже не будет иметь существенного значения.

Вообще с самого начала можно быть уверенным в успехе лечения. Вы обо всем осведомлены, небольшие колебания в точности проведения сеанса с каждым последующим сеансом будут отрабатываться по мере накопления личного опыта. Мастерство приходит постепенно, поэтому нужно быть требовательным к себе.

Каждый сеанс начинается всегда двумя командами для внимания: «Я успокаиваюсь», «Я спокоен, сосредоточен».

За время повторения этих команд с каждым сеансом ваше внимание будет все быстрее и полнее сосредоточиваться. (При легком отвлечении внимания проводите тренировку, как это было рекомендовано выше.)

Начинать тренировку надо с расслабления мышц ведущей руки (правшам — с правой, левшам — с левой руки), так как человек на протяжении всей жизни дает команды своей воле чаще всего мышцам ведущей руки. Поэтому из всех произвольных мышц тела — мышцы ведущей руки наиболее управляемые. И действительно, разве может правша приказать своей левой руке делать такое же движение, как это сделает правая рука? Нет, не может. Но не может без тренировки. Если же человек захочет и поставит перед собой цель научиться владеть левой рукой так же, как и правой, то после определенного времени левая рука станет послушной. Надо иметь в виду, что все артикуляторные и дыхательные мышцы — произвольные, и достаточно подумать, что они подобны мышцам левой руки, чтобы почувствовать свою власть над ними.

Расслабление мышц достигается двумя командами: первая как бы предлагает мышцам абсолютно расслабиться: «Мышцы моей руки абсолютно расслабляются»; вторая команда как бы констатирует результаты этого расслабления и тяжесть: «Мышцы моей правой руки расслабленные, тяжелые, теплые» . Через каждые 2—8 дня можно добавлять команды для тренировки расслабления следующей группе мышц. Ясное ощущение расслабления, тяжести и тепла будет приходить постепенно — от появления легкого ощущения тяжести и тепла в начале обучения до ясного и приятного чувства тепла во всем теле, когда период обучения останется далеко позади.

После трех недель занятий в тренировку расслабления будут включены уже все группы мышц. Постепенно наступает ощущение релаксации во время сеанса, и, что особенно важно, когда вы отдыхаете, сидите в транспорте, то чувствуете лишнее напряжение рук, плеч, ног, лица; когда лежите, то чувствуете ненужное напряжение шеи, ног, рук или всего тела. Работаете и чувствуете, как у вас напрягаются мышцы, без напряжения которых эту работу можно продолжать (напрягаются лоб, губы, когда вы режете хлеб). Во время речи заикающиеся начинают чувствовать излишнее напряжение в артикуляторной и дыхательной мускулатуре и ненужное напряжение в мышцах, не связанных с речью. Среди людей различных специальностей встречаются профессиональные заболевания, связанные с перенапряжением мышц. Эти заболевания не только снижают работоспособность, но могут приводить к профессиональной непригодности, и человек вынужден менять профессию.

Ясное субъективное ощущение излишнего напряжения в работающих мышцах и ненужного напряжения мышц, не выполняющих данную работу, осознание болезненных двигательных реакций во время отдыха, речи и во время выполнения любой работы — это первый шаг овладения своим телом.

Как только наступит ясность ощущения лишних напряжений в какой-то группе мышц, можно в аутогенной тренировке постепенно сокращать число повторений команд на расслабление в этой группе мышц до 10, 5, 3 раз, сохраняя повторение команд для тех групп мышц, которые больной еще плохо чувствует.

Для упражнений на внимание уменьшение повторения команд такое же: как только мысли перестанут отвлекаться, можно начать сокращать число команд на концентрацию внимания. С 10-го дня занятий аутогенной тренировкой (а для некоторых больных может быть больше), если расслабление мышц наступает быстро, можно первую команду для расслабления мышц опустить и сразу начинать со второй команды: «Мышцы (руки) расслабленные, тяжелые, теплые».

Наконец, после тренировки (на это требуется 3—4 недели), достаточно будет 2—3 повторений одной общей команды на внимание и расслабление. В это время текст команды для релаксации может иметь телеграфный стиль: спокоен, все мышцы расслабленные, тяжелые, теплые (или: спокойствие, тяжесть, тепло), и будет наступать релаксация.

Формулы самовнушений также повторяются по 15 раз до того дня, как внушение начнет «действовать». После этого целесообразно закрепить достигнутый результат повторением этого внушения, в продолжение трех сеансов аутогенной тренировки, в следующих сеансах повторяете эту формулу по 2—3 раза и затем это внушение снимаете, чтобы начать работать над другим.

Сеанс аутогенной тренировки может иметь 5—7 формул самовнушения. Их надо твердо запомнить и точно произносить. Все команды и формулы надо повторять очень вдумчиво, сосредоточив на них все свое внимание. Фразы произносятся мысленно, членораздельно, в приятном для себя темпе: первый сеанс занимает несколько минут, десятый-двенадцатый — 30—40 минут. В этих сеансах все команды и формулы еще повторяются по 15 раз. Затем, по мере индивидуальных успехов в релаксации, уменьшается количество повторений тех или других команд и сеансы укорачиваются.

Как видно из описания, техника проведения сеанса аутогенной тренировки во время обучения методу очень отличается от техники проведения сеансов в дальнейшем. По мере овладения методом аутогенной тренировки техника становится предельно простой, а сеанс — коротким. Для человека, хорошо владеющего методом, сеанс может быть проведен практически в любой обстановке за 5—10 минут: лежа или сидя, дома или в транспорте, в перерыве между работой или в походе, за кулисами сцены перед выступлением и даже во время бурного разговора. Люди, овладевшие релаксацией, могут провести сеанс аутогенной тренировки с целью отдыха. Сеанс аутогенной тренировки для отдыха надо закончить обязательно активным выходом.

I этап аутогенной тренировки (релаксацию) можно использовать для нормализации сна. Для этой цели сеанс надо ограничить только релаксацией (самовнушение, выход проводить не надо). Мысли, сосредоточенные только на командах для расслабления, приводят человека к естественному засыпанию, глубокому сну и бодрому приятному пробуждению.

Описание курса аутогенной тренировки. Первый сеанс аутогенной тренировки (1—3-й день). Утром вы проснулись. Останьтесь в постели, свет из окон не должен падать на лицо, ложитесь на спину, руки протяните вдоль туловища, слегка согнув их в локтях, руками туловища не касайтесь. Ноги свободно вытяните и слегка разведите их так, чтобы они друг друга не касались. Глаза закройте, к случайным шумам вы должны быть безразличны.

Поработайте мышцами-антагонистами своей ведущей руки так, чтобы напомнить себе ощущение крайнего напряжения и расслабления мышц.

Команды первого сеанса аутогенной тренировки:

1. «Я успокаиваюсь» (15 раз).
2. «Я спокоен, сосредоточен» (15 раз)
3. «Моя правая (левая) рука абсолютно расслабляется»(15 раз; <...>).
4. «Моя правая рука расслабленная, тяжелая, теплая» (15 раз).

Выход из аутотренинга.

В первый день вы должны обратить особое внимание на окончание сеанса аутогенной тренировки. Все команды и движения выхода проведите очень тщательно.

Во 2-й и 3-й дни обучения первый сеанс аутотренинга повторяется. Ваша задача в эти дни приучить себя выходить из аутотренинга, не задерживать дыхание, каждое упражнение делать красиво, очень тщательно, оставаться спокойным к случайным внешним помехам во время сеанса.

Научиться не реагировать на тревожные мысли или освободиться от них. К своим неудачам старайтесь относиться без раздражения. Нужно спокойно разобраться, почему возникли ошибки при выполнении упражнения, исправить их и снова приступить к занятиям.

Команды второго сеанса аутогенной тренировки (4—5-й день).

1. «Я успокаиваюсь».
2. «Я спокоен, сосредоточен».
3. «Мои руки абсолютно расслабляются».
4. «Мои руки расслабленные, тяжелые, теплые».
5. «Мои плечи абсолютно расслабляются».
6. «Мои плечи расслабленные, тяжелые, теплые»,

(Вы чувствуете, как ваш плечевой пояс опускается и даже давит на грудную клетку, особенно это ощущается, когда сеанс аутогенной тренировки проводят сидя.)

Если во время заикания у больного плечи высоко поднимаются (когда больной начинает говорить на высоте глубокого вдоха, в это время вместо звукообразования происходит обычный выдох, так называемая утечка воздуха, и больной судорожно втягивает много воздуха и поднимает плечевой пояс; так повторяется несколько раз) или низко опускаются (когда боль ной пытается говорить в конце выдоха), то при этом необходимо овладеть работой мышц плечевого пояса. План тренировок по овладению работой любой группы мышц всегда одинаковый: до сеансов аутогенной тренировки осознать и увидеть в зеркале ненужные движения плечевого пояса, затем сознательно проделать эти движения, оказывая им сильное сопротивление сокращением мышц-антагонистов. Например, больной во время речи поднимает плечи. Для устранения ему нужно проделать следующее упражнение: попросить товарища положить руки на плечи и, когда плечи будут подниматься, сильно надавить на них, оказывая таким образом сопротивление побочному движению. Больному надо преодолеть это сопротивление, задержав плечевой пояс в положении максимального подъема, и с облегчением уронить его, чтобы наступило естественное расслабление мышц. Это ощущение надо запомнить. Если больной опускает плечи во время речи, нужно опускать плечевой пояс, оказывая сопротивление этому движению.

Те больные, у которых плечевой пояс при заикании свободен, не нуждаются в таких детальных упражнениях. Если во время заикания мышцы плечевого пояса участвуют в судорогах, то до сеанса аутогенной тренировки в этих мышцах надо сознательно вызвать максимальное напряжение и утомление с последующим естественным расслаблением. Во время сеанса аутогенной тренировки надо представлять точную цель каждого расслабления, точно знать, от каких судорог вы хотите освободиться (иными словами, работой каких мышц вы стараетесь сознательно овладеть).

Для мышц, свободных во время речи, такой детальной тренировки проводить не надо.

Во время каждой тренировки надо следить, чтобы дыхание, лицо, шея, руки, спина, грудь оставались свободными. Когда ненужное движение будет осознано, то его появление во время речи больной будет сразу замечать. Надо научиться тормозить это движение, тогда спустя некоторое время выработается автоматическое торможение ненужного движения.

Выход из аутогенной тренировки.

Третий сеанс аутогенной тренировки (6—7-й день).

К командам второго сеанса добавляются команды для расслабления лица.

1. «Мое лицо (брови, веки, губы) абсолютно расслабля
ется».
2. «Мое лицо (брови, веки, губы) расслабленное, тяжелое,
теплое».

Во время повторения этих команд чувствуется, как на лице разглаживаются все морщины. Усиливается приток крови к мышцам и коже лица. Если больной во время заикания делает неправильные движения губами, они вытягиваются вперед трубочкой или, наоборот, прижимаются к зубам, попадают под зубы (иногда больной их прикусывает), опускается и выворачивается нижняя губа или поднимается верхняя губа и при этом обнажаются зубы и десна. Если губы сильно растягиваются или рот и губы широко раскрываются, то необходимо сознательно овладеть движениями губ. Проследить за неправильным движением: потрогать губы руками во время заикания, ясно почувствовать неправильное движение и лишнее напряжение в губах — сознательно начать тормозить неправильное движение и снимать лишнее напряжение, помнить и следить за свободой дыхания во время тренировок и свободой окружающих мышц.

После каждого сеанса, во время которого расслабляется мускулатура лица, лицо становится особенно спокойным и посвежевшим.

Выход из аутогенной тренировки.

Четвертый сеанс аутогенной тренировки (8—9-й день). Команды

1. «Я успокаиваюсь».
2. «Я спокоен, сосредоточен».
3. «Мои руки абсолютно расслабляются».
4. «Мои руки расслабленные, тяжелые, теплые».
5. «Мои плечи абсолютно расслабляются».
6. «Мои плечи расслабленные, тяжелые, теплые».
7. «Мое лицо (брови, веки, губы) абсолютно расслабляется».
8. «Мое лицо (брови, веки, губы) расслабленное, тяжелое, теплое».
9. «Моя челюсть абсолютно расслабляется».
10. «Моя челюсть расслабленная, тяжелая, теплая».

При хорошем расслаблении височной и жевательной мышц (они при сокращении поднимают нижнюю челюсть) нижняя челюсть чуть-чуть опускается и нижние зубы отходят от верхних зубов (при этом нижняя челюсть как бы утопает в мышцах подчелюстной области и подбородка, а нижние зубы утопают за нижней губой).

Нельзя переоценить пользу этого упражнения для людей, у которых при заикании нарушены движения нижней челюсти и после длительной речи устают виски и скулы. Выход из аутогенной тренировки.

Пятый сеанс аутогенной тренировки (10—12-й день).

К командам релаксации четвертого сеанса добавляются команды для расслабления языка.

1. «Мой язык абсолютно расслабляется».
2. «Мой язык расслабленный, тяжелый, теплый».

Б]сли при заикании возникает напряжение в мышцах языка и он сковывается и застывает в каком-то положении или язык выталкивается вперед под зубы, иногда прикусывается или с силой выталкивается изо рта, то необходимо уделить особое внимание сознательной тренировке мускулатуры языка. Например, у больного при заикании возникает напряжение в языке. Надо мысленно произнести слог с буквой, на которой это напряжение возникает, задержать язык в этом положении с еще большим напряжением, ясно осознать это лишнее напряжение или неправильное положение языка и расслабить язык частично, чтобы снять лишнее напряжение, или полностью расслабить язык, если он занял неправильное положение. Постепенно вслед за сознательным торможением ненужного напряжения выработается постоянный рефлекс. Надо постараться зафиксировать в своем сознании правильное положение языка, его едва ощутимое нужное напряжение для произнесения слога, с тем чтобы все лишнее напряжение сразу оказывалось в центре вашего внимания.

Только целенаправленная тренировка постепенно приведет к закреплению правильных условных рефлексов и последующему автоматизму правильных речевых движений. Упражнение для тренировки мышц языка при выталкивающей судороге будет следующее: вытолкнуть язык изо рта с силой, как при запинке, и сразу затормозить сокращение мышц, которые его вытолкнули. Для этого необходимо расслабить все мышцы языка, тогда язык окажется лежащим на дне полости рта. Затем с силой оттянуть язык назад и вниз (как во время зевка), корень языка опустится вниз и вперед. Для контроля за сокращением мышц корня языка положите руку между нижней челюстью и шеей. Вы должны почувствовать напряжение мышц корня языка в виде ощущения толчка. Выход из аутогенной тренировки.

Шестой сеанс аутогенной тренировки (13—15-й день)

К командам пятого сеанса добавляются команды для расслабления мышц гортани.

1. «Моя гортань абсолютно расслабляется».
2. «Моя гортань расслабленная, тяжелая, теплая».

Движения гортани вверх и вниз обеспечиваются мышцами. Тренировка расслабления мышц, поднимающих и опускающих гортань, поможет овладеть работой гортани. За перемещениями гортани можно вначале следить, слегка приложив палец к кадыку. При обычном дыхании гортань свободно-подвижная, она слегка поднимается на выдохе и слегка опускается на вдохе. Эти же движения одновременно делает и диафрагма: диафрагма напрягается и опускается вниз на вдохе, а на выдохе расслабляется и поднимается вверх. После выдоха следует пауза.

Во время обычного дыхания голосовые связки расслаблены, они не могут колебаться. В такой установке «на дыхание» они не могут издавать звуки голоса — голосовая щель

зияет.

Во время выдоха гортань постепенно поднимается вверх, во время сильного (форсированного) выдоха гортань поднимается максимально вверх, кадык из-под пальца ускользает вверх, в это время мышцы — подниматели гортани сильно сокращены, и гортань как бы неподвижно фиксируется ими в этом максимально высоком положении. Одновременно постепенно расслабляется диафрагма, мышцы живота сокращаются, и органы брюшной полости поднимают диафрагму вверх.

Во время речи гортань высоко поднимается на звуке и, но никогда гортань во время речи не поднимается так высоко, как во время максимального выдоха. В отличие от максимального подъема во время сильного выдоха она в момент произ несения звука и остается всегда свободно-подвижной, голосовые связки свободно вибрируют, а не зияют, как при выдохе. Речевой выдох более длительный, чем обычный. После речевого выдоха немедленно следует короткий вдох.

При обычном дыхании гортань во время вдоха постепенно опускается вниз, во время сильного форсированного выдоха гортань опускается максимально вниз (кадык ускользает из-под пальца вниз). При этом мышцы, опускающие гортань, сильно сокращены, и гортань как бы неподвижно фиксируется ими в этом максимально низком положении. Во время речи на звуке а гортань низко опускается (одновременно с ней опускается и диафрагма), но в отличие от максимально низкого положения во время сильного вдоха она в момент произношения звука а остается свободно-подвижной, голосовые связки свободно вибрируют, а не зияют, как при вдохе.

Обычное дыхание называется внешним дыханием. Внешнее дыхание отличается от речевого следующим.

Выдох

Обычный	Речевой
Начинается после вдоха	Начинается после паузы.
В начале выдоха гортань и диафрагма внизу.	Гортань и диафрагма в зависимости от произносимого звука меняют свое положение от фазы речевого выдоха. Например, в начале выдоха, если надо произнести звук *и,* диафрагма и гортань окажутся вверху, а если в конце выдоха надо произнести звук *а,* диафрагма и гортань окажутся внизу
Гортань и диафрагма постепенно поднимаются.	
В конце выхода гортань и диафрагма вверху.	
Уровень положения диафрагмы при максимальном выдохе наиболее высок.	
При максимальном вдохе наиболее низок.	на звуке и несколько менее высок; на звуке а несколько менее низок.
Голосовые связки расслаблены.	Голосовые связки напряжены и вибрируют.
Голосовая щель зияет.	Голосовая щель меняет свой просвет на разных звуках.
Давление выдыхаемого воздуха в начале выдоха несколько выше атмосферного, к концу выдоха становится равным атмосферному давлению.	Во время речи давление выдыхаемого воздуха постоянно меняется в зависимости от того звука, который в этот момент произносится: так, на звуке *и* подсвязоч-ное давление выдыхаемого воздуха в 1,5 раза больше, чем на

	звуке *а*.
После выдоха наступает пауза.	После выдоха наступает вдох.

Положение диафрагмы «внизу» во время речевого выдоха при произнесении звука *а* носит название «парадоксального дыхания», так как диафрагма во время обычного выдоха только поднимается, а во время речевого выдоха она, повторяя движения гортани, то поднимается на одних звуках, то опускается на других.

Человек может произвольно управлять дыханием, и он должен взять дыхание под контроль. Надо так натренировать себя, чтобы начало речи совпало с началом речевого выдоха, а не с концом максимального обычного выдоха, т. е. все внимание нужно уделять согласованности начала речи с речевым выдохом, и не допускать «утечки» воздуха. Обычный выдох ничего общего с речевым не имеет. Во время обычного вдоха гортань и диафрагма опускаются, и при форсированном, очень сильном вдохе (певцы это называют «перебором» дыхания) гортань занимает крайне низкое положение, и человеку приходится даже поднять плечи, чтобы гортань могла опуститься как можно ниже.

Некоторые заикающиеся делают слишком большой вдох (он поднимает плечи) и пытаются начать говорить в момент максимального вдоха. Но в это время гортань притянута вниз и удерживается в этом положении мышцами, опускающими гортань; голосовые связки расслаблены, голосовая щель зияет (установка гортани на обычное дыхание). Когда гортань находится в таком положении, человек не сможет начать говорить. Для него необходимо вначале овладеть дыханием. Тренировать речевое дыхание — значит тренировать умеренный вдох, паузу после вдоха и начало речи после паузы тренировать упорно, не обращая внимания на запинки. На звуках *а, о, э, у, и* диафрагма и гортань будут подниматься вверх постепенно, поэтому тренируйте звуки, слоги, слова, вразнобой.

Брюшная стенка на звуковом ряде *а, о, э, у, и* будет постепенно опускаться, а на обратном звуковом ряде постепенно подниматься, так как звук *и* произносится, когда диафрагма и гортань находятся высоко, а звук *и* — когда низко.

Положите одну руку на кадык, а другую на живот: звук *и* — кадык перекатывается вверх, диафрагма поднимается, брюшная стенка чуть втягивается; звук *а* — кадык перекатывается вниз, диафрагма, сокращается и опускается, живот выпячивается.

Выход из аутогенной тренировки.

Седьмой сеанс аутогенной тренировки (16—18-й день).

К командам шестого сеанса добавляются следующие.

1. «Моя шея, грудь, спина, живот абсолютно расслабляются».
2. «Моя шея, грудь, спина, живот расслабленные, тяжелые, теплые».

Овладеть работой мускулатуры шеи необходимо тем заикающимся, у которых во время заикания голова закидывается назад, опускается вниз или поворачивается в сторону. Все эти движения необходимо постепенно затормаживать до тех пор, пока не произойдет подсознательное их торможение и мускулатура шеи во время речи станет свободной. Этим движениям нужно оказывать максимальное сопротивление, напрягая одновременно мышцы-антагонисты. Во время тренировки мышц шеи необходимо свободно дышать и следить, чтобы все окружающие мышцы (лица, плечевого пояса и рук) оставались в свободном состоянии.

Выход из аутотренинга.

Восьмой сеанс аутогенной тренировки (19—21-й день).

К командам седьмого сеанса добавляются следующие.

1. «Мои ноги абсолютно расслабляются».
2. «Мои ноги расслабленные, тяжелые, теплые».

Выход из аутогенной тренировки.

Девятый сеанс аутогенной тренировки (22—24-й день).

К командам восьмого сеанса добавляются следующие:

1. «Мое дыхание всегда умеренное, спокойное».
2. «Мое сердце всегда[19] работает ровно, спокойно».

Итак, вы активно тренировали умение концентрировать
своe внимание, умение расслаблять мышцы. Вы овладели релаксацией.

---

[19] Словом *всегда* условно обозначаются трудные речевые и жизненные ситуации — они у каждого заикающегося индивидуальны. Именно ситуации нужно иметь в виду, когда вы будете давать себе установку на спокойную работу сердца и дыхания.

Уже только первый этап аутотренинга — релаксация — дает вам большие возможности. Вы можете хорошо отдохнуть и после выхода чувствуете себя свежим и энергичным.

Овладев аутогенной тренировкой, вы не сразу, не во всех группах мышц будете ощущать чувство расслабления, тяжести и тепла. В каких-то группах мышц это ощущение будет отчетливым и будет наступать быстро после нескольких повторений соответствующей команды, в других группах мышц этих ощущений еще не будет, они появятся позже.

Лечебные самовнушения

Формулы самовнушения надо говорить вдумчиво, четко, ясно, уверенно.

Первая группа формул самовнушения относится к устранению болезненных реакций на все причины, которые в прошлом привели к развитию невроза. Вторая — на все причины, которые поддерживают невроз в настоящее время.

Целью первой группы формул самовнушений является нормализация вегетативных реакций организма до начала речи и во время речи. Все функциональные нарушения вегетативной нервной системы хорошо поддаются регулирующим воздействиям со стороны высшей нервной деятельности.

Покраснение лица, шеи — признак волнения или смущения. Эти реакции во время речи надо затормозить внушением: «Я говорю — мое лицо, шея всегда спокойны».

У некоторых больных во время речи пересыхает во рту. Сухость во рту — это правильная вегетативная реакция во время жажды, но не во время речи. Внушение должно быть таким: «Я говорю — слюноотделение нормальное».

Некоторые заикающиеся во время речи забывают проглатывать слюну. В этом случае надо выработать у себя рефлекс на своевременное проглатывание слюны: «Я чувствую слюну и глотаю ее».

После речи у некоторых больных бывает общая усталость. Это результат недостатка кислорода в связи с нарушением дыхания во время речи. Чтобы овладеть дыханием во время речи, надо помимо аутогенной тренировки активно тренировать внешнее и речевое дыхание. Внушения помогут проводить эти тренировки: «Мне хочется всегда дышать полной грудью», «Для речи — вдох умеренный», после паузы.

Аутогенную тренировку надо рассматривать как один из лечебных методов, как школу самообладания, как неодолимое препятствие для любых причин, которые в прошлом приводили к рецидивам заикания, как метод совершенствования своего профессионального и спортивного мастерства. Человек хорошо себя чувствует, когда он уверен, что черпать силы он будет прежде всего в себе самом.

Примерные формулы самовнушения

1. Преодоление болезненных реакций на переживания прошлого

«Я взрослая и я не боюсь темноты».

«Я вижу (слышу) собаку, чувствую себя спокойно».

«Я вырос, и прошлые обиды забылись».

«Прошлые обиды перестали мне мешать».

«Я спокойно вспоминаю детство».

«Из детства помню только хорошее».

«Я сделаю детство моих детей спокойным, счастливым, интересным».

«К слову "заика" я равнодушен».

2. Преодоление переживаний настоящего

«В семье чувствую себя спокойно».

«Я уверен в себе, спокоен». «Грубость людей я презираю». «Грубость мне безразлична». «Я нетерпим к грубости». «Я слышу грубость — внутренне спокоен». «Плохих людей я глубоко презираю». «Я пресеку грубость (пьянство) отца». «Я могу спокойно остановить грубость в разговоре». «Я чувствую, как мне легко отвечать выученный урок». «Я равнодушен к мелким обидам». «Я легко забыванию неприятные мелочи». «Любую неприятность быстро забываю». «Я уверен в своих действиях».

«Я всегда внимательно выключаю газ и чувствую, как это делаю».

«Я буду полезен на любой работе».

3. Нормализация речи.

Нормализация общей моторики во время речи

«Я жду речи — мои руки спокойны (если они дрожат)».

«Все мое тело (руки, ноги, шея) абсолютно свободно».

«Я смотрю в глаза собеседнику».

«Я говорю — моя осанка свободная, спокойная (при сопутствующих движениях)».

«Когда я говорю, я свободен от лишних движений».

Ответы больных показали, что контролем удается быстро добиться прекращения напряжения во всех мышцах, которые не заняты в речи.

4. Нормализация речевой моторики

«Я жду речи — моя челюсть свободна».

«Я жду речи — моя голова свободна».

«Я всегда берегу свой язык, губу (если вы их прикусывали)».

«Я говорю — чувствую себя бодро (при вялости)». «Я говорю легко, свободно». «Я всегда говорю спокойно, выразительно». «Когда я говорю, мой язык свободен». «Когда я говорю, моя гортань свободна». «Когда я говорю, моя шея свободна». «Когда я говорю, мой плечевой пояс свободен (мои плечи свободны)».

«Когда я говорю, моя грудь свободна».

«Когда я говорю, мой живот свободен».

«Когда я говорю, мои руки свободны».

«Когда я говорю, моя поза абсолютно свободна».

«Когда я говорю, моя походка абсолютно свободна».

«Когда я говорю, моя осанка абсолютно свободна».

5. Нормализация вегетативных реакций

«Я жду речи — мое сердце спокойно».

«Я жду речи — мое дыхание спокойно».

«Я жду речи — мое лицо спокойно».

«Мое горло абсолютно свободно (при "комке" в горле)». «Я говорю — мои руки, ноги теплые».

6. Нормализация психологических реакций

«Я жду речи — чувствую себя спокойно, легко».

«Я забыл о заикании».

«Я забыл о рецидивах».

«В будущем моя речь будет всегда свободной».

«Я говорю — мои мысли ясные, четкие».

«Я задаю любые вопросы».

«Я говорю с незнакомыми людьми абсолютно свободно, спокойно».

«Мне приятно говорить».

«Случайные запинки оставляют мои мысли спокойными, ясными».

«Я говорю, что хочу, свободно и сразу».

«Я чувствую, как мне приятно, когда мне помогают».

«Я чувствую себя всегда смело, уверенно»,

«Я все хорошо помню».

«Я говорю — мое внимание собранно».

«Случайные запинки меня абсолютно перестали унижать».

«Я жду речи — остаюсь уверенным, спокойным».

«Когда я говорю с незнакомым, я спокоен».

«Я открыто (прямо) смотрю на собеседника».

«У меня спокойный, открытый взгляд».

«Я чувствую, что могу спокойно выступать»,

«Я выступаю — чувствую себя спокойно».

«Я чувствую, как мне легко выражать свои мысли».

«Я чувствую, как спокойно провожу занятия (беседы)».

«Я спокойно отчитываюсь о своей работе».

7. Нормализация режима жизни

«Утром я чувствую голод».

«Я легко и бодро встаю утром».

«Я всегда активно дышу».

«Меня тянет к природе».

«Я чувствую, как все больше люблю природу».

«Я ложусь спать и быстро засыпаю».

«Я сплю очень спокойно, глубоко».

8. Преодоление вредных привычек
«Я равнодушен к курению».
«Я равнодушен к спиртному».
9. Преодоление недостатков собственного воспитания
«Я очень внимателен к матери (к ребенку, к жене)».
«Я всегда внимателен к людям».
«Я всегда рад помочь людям».
«Я всегда живу в дружбе со всеми».
«Мне легко среди людей».
«Я каждое дело выполняю с полным вниманием».
«Мне приятно быть тактичным».
«Мне приятно быть всегда спокойным, сдержанным»,
10. Совершенствование общей моторики, учебы, профес сии, спорта
«Моя осанка хорошая (моя походка легкая)». «Я легко, спокойно танцую».
«Я спокойно учусь плавать».
«Я плыву — мне спокойно».
«Я танцую — чувствую себя прекрасно».
«Я уверен на сцене».
«Я легко, свободно, уверенно отвечаю выученный урок».
«Я работаю быстро, уверенно».
«Я хороший специалист и работаю уверенно».
«На соревнованиях я легко делаю все, что могу».
«Я играю в шахматы — чувствую себя уверенно, спокойно».
«Я делаю все спокойно».
«Мне приятно спокойно есть, спокойно ходить, говорить».
Любинская С.М. От заикания — к свободной речи. — М., 1970. —С. 64—80.

С.И. Павлова

О психологических особенностях заикающихся детей и подростков

Как известно, речевой дефект типа заикания не ограничивается только судорожными спазмами мышц, участвующих в акте речи, т. е. не является только двигательным расстройством, хотя и весьма сложным по своему патогенезу. Неврологический механизм заикливой речи в ряде случаев осложняется рядом патопсихологических особенностей, возникающих в эмоционально-волевой сфере и характере больного.

В литературе эти личностные особенности чаще трактуются как психические сдвиги по типу вторичных реакций на свою речевую неполноценность. Большинство авторов дают суммарную характеристику указанных особенностей без необходимой дифференциации, указывая только, что и с возрастом эти психологические особенности становятся более выраженными. Что касается младшего возраста, в частности детей-дошкольников, то этот вопрос вообще мало разработан.

Под нашим наблюдением находились 45 заикающихся дошкольников в возрасте от 2 до 6 лет, группа школьников — 51 человек в возрасте от 7 до 14 лет и 196 заикающихся подростков и юношей в возрасте от 16 до 18 лет.

Были проведены длительные наблюдения за поведением заикающихся. Изучались анамнестические данные, обстановка в семье, личные дневники больных, проводились также психологические и педагогические эксперименты.

Изучение психологических особенностей начиналось с исследования тех первоначальных изменений, которые появляются в психике заикающихся детей младшего возраста, т. е. с момента возникновения заикания.

Физиологические и психологические основы заикливой речи в детском возрасте существенно отличаются от тех же основ в более позднем возрасте. Так, в логопедической практике имеется мнение, что в раннем детском возрасте отсутствуют или очень слабо выражены психогенные наслоения отсутствуют вторичные патологические условно-рефлекторные связи и менее выражены закрепившиеся по типу условного рефлекса вегетативные сдвиги в организме. Считается, что у детей младшего возраста чаще наблюдаются нарушения преимущественно моторной стороны речи.

Однако такое утверждение не может быть применено ко всем заикающимся детям младшего возраста. По нашим наблюдениям, это может относиться только к отдельным детям. Отсутствие у этих детей патопсихологических наслоений объясняется тем, что у них, по сути, чаще нет синдрома заикания как судорожной формы речи. Нередко здесь имеет место так называемая итерация, сущность которой проявляется в виде повторения слогов, слов, что некоторые авторы рассматривают как физиологическое явление (М. Зееман и др.), возникающее на первых этапах становления речи. Это состояние при известных условиях может перейти в заикание. Однако это не является обязательным.

Клинико-педагогические наблюдения за заикающимися детьми младшего возраста (от 2 до 6 лет) позволили нам подразделить эту группу на три подгруппы. Так, к первой подгруппе мы отнесли детей с неустойчивой речью. Ребенок говорит то хорошо, без задержек, то появляются запинки, повторы на самых разнообразных звуках. Обычно мать такого ребенка говорит, что ребенок заикается только тогда, когда волнуется. В спокойном состоянии он говорит нормально и речь его ничем не отличается от речи других детей его возраста. Необходимо уточнить, что эмоциональные реакции такого ребенка всегда ситуативны, но в данном случае они не связаны с затруднением речи. Ребенок чаще всего не обращает внимания на начавшееся заикание. У таких детей не отмечается никаких особенностей, характерных для заикающихся. По внешним признакам они ничем не отличаются от детей их возраста. Клинические наблюдения показывают, что это веселые, общительные и соматически здоровые дети. У них страдают только моторные механизмы речи, которые проявляются чаще во время эмоциональных реакций, обусловленных ситуацией, и состоят в появлении запинок, повторов на различных звуках. В данном случае запинки в речи обусловлены тем, что резко меняется режим работы артикуляторного аппарата, так как эмоциональные реакции сопровождаются вегетативными сдвигами в организме (причем при астенических эмоциях вегетативные сдвиги более выражены). Следовательно, и запинки в речи у заикающихся проявляются чаще, потому что динамический стереотип речи в это время не срабатывает. По нашим данным, у дошкольников данной подгруппы фиксированных трудных звуков, а тем более страха речи не отмечалось.

Вторая подгруппа детей младшего возраста имеет несколько иные клинические особенности. Дети этой подгруппы начинают очень быстро реагировать на свой речевой дефект. В основном это выражается в изменении поведенческих реакций. До возникновения заикания это чаще всего спокой-

ные, уравновешенные дети, родители обычно не отмечают никаких отклонений в их поведении. Однако это внешнее благополучие обманчиво. Невропатический фон, обусловленный конституциональными особенностями, имеется у таких детей, но он резко не выявляется на общем поведении ребенка. Но вот любая экзогенная вредность (испуг, болезнь, конфликтная ситуация) может провоцировать заикание. Ребенок становится капризным, замкнутым, начинает сторониться детей, часто плачет, старается меньше говорить. У таких детей отмечается развитие новых условно-рефлекторных связей, которые имеют приспособительный характер. У некоторых из них появляются сопутствующие движения рук, ног, головы, туловища, выраженные в легкой степени. Отклонения в эмоционально-волевой сфере, появившиеся спустя некоторое время после возникновения заикания, нарастают. Речь сопровождается задержками на различных звуках, однако фиксации на определенных звуках еще нет. Возникает страх речи, но он носит своеобразный неосознанный характер и проявляется в замкнутости (ребенок молчит, на вопросы не отвечает).

К третьей подгруппе мы отнесли детей-дошкольников, физически ослабленных, перенесших много заболеваний в раннем детстве, характеризующихся развитием по невропатическому типу еще до начала возникновения заикания. К этой подгруппе больше относятся дети старшего дошкольного возраста. Они уже с раннего детства моторно беспокойны, склонны к аффектам, отличаются повышенной внушаемостью, впечатлительностью, боятся темноты, одиночества, капризны, вспыльчивы. Некоторые из них переживают возникнувшее у них заикание. Страх речи носит более осознанный характер в форме тревоги: «А как я буду учиться?» Во время речи они сильно волнуются, в связи с чем, естественно, увеличивается частота судорог. У некоторых из них отмечается выраженная иррадиация судорог на мышцы лица, шеи, конечностей. Иррадиация, как известно, легче возникает на фоне ослабленной нервной системы. Отмечается также ряд сопутствующих движений, носящих приспособленческий характер, иногда типа уловок.

Обобщая сказанное, следует отметить, что у всех детей младшего возраста нет одинаковых реакций на возникновение заикания. Выраженные фиксации трудных звуков в этом возрасте встречаются редко, а у некоторых детей (первая подгруппа) совсем отсутствуют. Что касается страха речи, то он носит неосознанный характер тревоги, а иногда выражается своеобразной реакцией — отказом от речи.

Во второй группе (школьники) у детей отмечается более выраженная симптоматика со стороны характера и эмоционально-волевой среды. Личностные качества школьника подвергаются значительным изменениям в связи с новой обстановкой: попадая в школу из домашней среды, где его дефект чаще встречал сочувствие и ласку, или из детского сада, где маленькие дети вообще мало обращали внимания на его дефект, тем более что среди дошкольников нередко встречаются дети с недостаточно развитой речью (в частности, с фонетическими дефектами). Первое, с чем встречается школьник, — это то, что его дефект обращает на себя внимание учеников. Неблагоприятная обстановка, естественно, вызывает острое переживание у такого ребенка, и если прежде он особенно не тяготился своим дефектом, то сейчас он начинает сознавать, что не такой, как все, начинает следить за своей речью, стараясь избежать судорожного спазма, а это, как правило, ухудшает ее. Невротические явления нарастают, и на их фоне возникает ряд специфических психологических симптомов, характерных для заикающихся, усиление судорожных спазмов, возникновение страха перед речью и даже перед произношением отдельных звуков. Сам процесс обучения, необходимость отвечать урок перед всем классом, перед учителем — все это сверхраздражители для заикающихся. Однако здесь также не отмечается определенного постоянства в состоянии речи.

Здесь мы начинаем наблюдать ту пеструю картину в динамике заикания, которую описывают многие авторы, когда на первый взгляд кажется необъяснимым, почему на одном уроке школьник заикается, а на другом нет; с одним товарищем говорит хорошо, а с другим заикается; а другой везде и всюду заикается.

Каким образом идет астенизация речевого процесса? Рассмотрим это на примерах: заикающийся школьник обычно не заикался при ответах в школе, так как пересказ выученного урока не представляет особых трудностей, поскольку во время ответа он не испытывает астенических эмоций. Внутренняя среда организма не меняется, и нервная система находится в состоянии относительного равновесия. Но вот однажды школьник не приготовил урок, он очень волновался, что его вызовут, что получит двойку. Его действительно вызвали. Волнуясь, он стал заикаться, и это было закономерно, так как режим работы речедвигательного анализатора изменился и ребенок говорил на фоне резких вегетативных сдвигов в организме, связанных с волнением. В следующий раз урок был выучен, но, помня свой недостаток, ученик испытал чувство тревоги, опасение за речь, и он

действительно заикался при ответе. В дальнейшем на этом уроке он боится отвечать независимо от того, выучил он урок или нет, страх речи упрочивается и приобретает навязчивый характер типа фобии. Таким образом, если раньше ученик не мог говорить только в момент ситуативных аффективных реакций, то теперь все выглядит иначе. Он испытывает астеническое состояние.

Уже в ожидании речедвигательного акта речевые возможности заикающегося снизились. Но одновременно усилились отрицательные их сдвиги в его психике и в деятельности вегетативной нервной системы.

Разберем другой пример, характеризующий возникновение фобий определенных звуков. У заикающихся нередко наблюдается страх перед произнесением тех или иных звуков. Сегодня он боится одних звуков, завтра или через несколько дней — других. Затем устанавливается болезненная фиксация на определенных звуках. Во время речи заикающийся заметил, что он дважды заикнулся на одном и том же звуке. Он начинает опасаться произносить этот звук, т. е. боится его. Следовательно, все фразы, начинающиеся с этого звука, приобретают для него значение отрицательного раздражителя; они вызывают астеническую эмоцию, хотя смысл этой фразы и не несет в себе никакой эмоциональной окраски. Допустим, заикающемуся необходимо сказать: «Карандаш лежит на столе» или «Ручка лежит на столе». Для здорового человека обе эти фразы одинаковы. При произнесении той или другой фразы никаких вегетативных сдвигов в организме не произойдет, так как эти фразы эмоционально не окрашены. Другое дело у заикающегося. Звук к для него является «трудным» звуком, и все слова, начинающиеся с этого звука, будут вызывать у него эмоциональную реакцию страха. И при произнесении фразы: «Карандаш; лежит на столе» — он будет заикаться. И совершенно спокойно, без задержек произнесет фразу: «Ручка лежит на столе».

В третьей группе (подростки 16—18 лет) вторичные психологические наслоения вообще не отмечались или были слабо выражены. Фиксация звуков отсутствовала (15%).

У 58% больных отмечалась фиксация звуков, слов, изменения характера и поведенческих реакций, обусловленных наличием дефекта. И у 27% развился страх речи.

Как видим, в этой возрастной группе резко возросло количество больных, у которых были выявлены более или менее стойкая фиксация звуков, слов, изменение характера и поведенческих реакций, обусловленных наличием дефекта. У значительной группы больных развились фобии речи.

Как показывает наблюдение в стационаре, структура дефекта у некоторых больных с возрастом изменяется, усложняется. С возрастом подросток особенно начинает осознавать социальное значение своего речевого дефекта, заикание усиливается за счет астенизации речевого процесса. Возникают затруднения в произнесении отдельных звуков, слов, которые затем могут перейти в стойкую фиксацию и вызвать остановку речи. Словом, появляются психогенные реакции. Начинают вырабатываться патологические двигательные условно-рефлекторные связи. Структура дефекта усложняется.

Устранение указанных патопсихологических особенностей, в частности навязчивого страха речи, является одним из сложных вопросов логопедии. В данном разделе мы не затрагиваем этого вопроса, так как он является предметом специальной работы. Однако общий ведущий принцип в построении коррекционных приемов уже получает четкое обоснование. Нам представляется, что применение обходных путей, в частности различных приемов, направленных на отвлечение внимания заикающихся от трудных слов, определенных звуков, на которых зафиксировалось внимание больного, не может являться основополагающим, но может применяться на начальных этапах коррекции. В дальнейшем путь коррекционной работы должен исходить из тех патофизиологических механизмов, которые заложены в патогенезе указанных особенностей. Патологическая инертность нейродинамики, связанная с подкорковыми эмоциями, требует прежде всего активной работы, направленной на расторможение больного пункта. В этом плане используется ряд лечебно-педагогических мероприятий психотерапии: специализированные сеансы аутотренировки, специально подобранные упражнения, диалоги, сценки, куда были бы включены, например, отдельные слова, фразы с трудными звуками, которые особенно трудны для тех или иных заикающихся, занятия ритмикой, где слово сочетается с определенными видами движений. Наконец, ряд медикаментозных средств способствует регуляции нейродинамики. Все это вместе взятое, проводимое в определенной системе, оказывает положительное влияние на устранение патопсихологических наслоений, затрудняющих лечение заикания.

Павлова С.И. Нарушения речи и голоса у детей / Под ред. С.С. Ляпидевского и С.Н. Шаховской. — М., 1975.— С. 65—70.

Специфика заикания при различных нервно-психических расстройствах

Наряду с общими чертами заикания, свойственными всем или большинству обследованных, у больных в каждой клинической группе обнаружены свои особенности заикания, многие из которых были связаны со спецификой нервно-психических заболеваний. Вместе с тем установлено, — и это важно подчеркнуть, — что особенности проявления заикания у больных в клинических группах выражаются не только наличием либо отсутствием определенных показателей речевого расстройства и не только их качественными характеристиками, но и своеобразием их комбинаций и взаимосвязей.

1. Заикание при гиперстенической форме неврастении. Всего изучено 68 больных. По характеру речевого нарушения они были разделены на две подгруппы: а) у которых вне заикания не отмечалось патологических изменений темпа речи (51 чел.); б) у которых заикание сосуществовало с та-хилалией (17 чел.). Необходимость такого разделения группы обусловлена тем, что тахилалия откладывает своеобразный отпечаток на проявление заикания. Кроме того, из общего числа всех обследованных заикающихся именно в группе больных с гиперстенической формой неврастении, по сравнению со всеми другими группами, было преобладающее количество страдающих тахилалией[20].

а) *Заикание у больных, не имевших вне заикания патологических изменений темпа речи.* В данной подгруппе изучен 51 человек. Из них юношеского возраста было 16, взрослых — 35 человек.

До возникновения заикания у большинства больных наблюдались возбудимость и раздражительность, а также быстрый темп произношения и своеобразные артикуляторные нарушения (частые остановки в речи, «захлебывания», повторения звуковых комплексов и слов), которые свидетельствовали о слабости речевой функции. Возникновению заикания чаще всего предшествовали психогении. Почти у всех больных заикание имело тенденцию к быстрому усилению и расширению симптоматики.

Свойственные больным с гиперстенической формой неврастении обостренная раздражительность, возбудимость и аффективность, сочетаясь с логофобиями и доминирующими мыслями о заикании, обусловливали трудности речевых контактов в широком кругу ситуаций. Эти трудности в некоторых ситуациях временно усиливались или ослабевали в зависимости от типичных для больных периодических изменений в нервно-психическом состоянии. Общеневротические проявления, говорящие о несоответствии между стремлением к полноценной активности и сниженными возможностями функций нервной системы, препятствовали нормальной регуляции речевого акта. Заикающиеся стремительно включались в речь. При общении у них возникали чрезмерное возбуждение, двигательная расторможенность, убыстрение темпа произношения. На всем протяжении речь прерывалась частыми, но непродолжительными судорогами, в которые широко вовлекались мышцы речевого аппарата и других частей тела. Совокупность этих нарушений влекла за собой ряд нарушений просодии: частые разрывы синтагм, отсутствие должных пауз, ограниченность оттенков интонации. Больные постоянно употребляли защитные приемы, среди которых преобладали засорявшие речь эмболофразии в сочетании с быстрыми сопутствующими действиями. Выраженные общеневротические и речевые нарушения затрудняли у больных не только общение, но и достижение ряда значимых для них потребностей и стремлений.

б) *Заикание у больных с тахилалией.* В этой подгруппе обследованы 17 человек. Юношеского возраста — 6, взрослых — 11.

Отмечавшиеся у большого числа родителей невротические нарушения и тахилалия, видимо, свидетельствуют о наследственном у части больных характере тахилалии. Это предположение согласуется и с литературными данными [Ю.А. Флоренская и З.С. Ходорова, 1935; Г. Ландольд и Р. Лухзингер, 1954; Р. Лухзингер и Г. Арнольд, 1959; Д. Вейс, 1960; М. Зееман, 1962; В.С. Кочергина, 1969]. Вместе с тем существовавшие у больных с детском возрасте чрезмерная психомоторная возбудимость и другие симптомы конституциональной нервности, а также тяжелые расстройства темпа речи и иных компонентов просодии проявлялись на фоне рано развивавшейся, но неокрепшей речевой функции и были благоприятной почвой для возникновения заикания. Характерно, что у многих заикание наступало в более поздние, чем в других клинических группах, возрастные периоды (в 7—8, 11—13 лет), связанные не только с биологическими сдвигами, но и с увеличением и усложнением речевой нагрузки, и начиналось с запинания, переходившего в судорожную форму

---

[20] В остальных клинических группах были только двое больных с тахилалией.

только с течением времени. В процессе развития заикания расширение и усиление симптоматики в основном касались моторной ее стороны, психические же наслоения выражались слабо.

На особенности заикания у больных оказывали влияние как общеневротические нарушения (повышенные раздражительность, возбудимость, гиперактивность поведения), так и нарушения, связанные с тахилалией. Типичные для страдающих тахилалией пониженное внимание к качеству произносительной стороны речи и отсутствие выраженных переживаний своего дефекта частично переносились и на заикание. Затруднения в речевом общении у больных были непостоянны и охватывали небольшое количество ситуаций, логофобии и мысли о заикании проявлялись незначительно. Однако, протекая на фоне общего возбуждения, чрезмерно быстрая речь прерывалась частыми непродолжительными судорогами и сопровождалась двигательным беспокойством, множеством стремительных и некоординированных движений. Частота судорог в большой мере зависела от состояния темпа произношения: как правило, убыстрение его вело к увеличению количества судорог, при его замедлении, наоборот, количество судорог уменьшалось. Речь представляла собой непрерывный поток, в котором сильно страдали внятность произношения и звуковой состав произносимых фраз, логическое и фонетическое ударение, интонация и другие компоненты просодии, что отрицательно отражалось на разборчивости речи в целом, на понимании ее слушателями. Несмотря на сложный характер моторных симптомов заикания, тесно связанных с тахилалией, само оно почти не препятствовало осуществлению жизненно важных для личности потребностей и стремлений.

2. Заикание при гипостенической форме неврастении. Всего изучены 30 человек: юношеского возраста — 18, взрослых — 12.

В анамнезе до возникновения заикания у больных наблюдались многочисленные вредности биологического и социально-психологического свойства, вызвавшие общее ослабление организма, в том числе и речевой функции. Заикание чаще возникало не остро, а постепенно, главным образом во время болезней, а при задержке речевого развития, которая в данной группе отмечалась у значительного количества больных, — с началом формирования у них развернутой фразовой речи. Течение заикания до начала юношеского возраста в основном характеризовалось постепенным расширением и усилением симптоматики. В дальнейшем для заикания было типично стационарное течение.

Свойственные больным общая слабость, сниженная инициативность, неуверенность в своих силах, робость и застенчивость сочетались со стойкими логофобиями и доминирующими мыслями о заикании. Эти состояния обусловливали постоянные трудности речевого общения в большом числе ситуаций; во многих ситуациях заикающиеся избегали говорить. Почти при любом речевом контакте у них возникали частые, продолжительные и широко иррадиированные судороги. Для преодоления коммуникативных затруднений заикающиеся использовали своеобразные по форме выражения защитные приемы: движения, составлявшие сопутствующие действия, были медленными и вялыми, эмболофразии обычно выступали в виде асемантичных звуков. Мышечная сфера во время речи чрезмерно расслаблялась. Осанка была сгорбленной, позы однообразными и невыразительными, мимика бедной, выразительная жестикуляция, как правило, отсутствовала. Начало речи предварялось длительным латентным периодом, а в речевом потоке вне зависимости от судорог часто возникали длительные остановки. Темп речи у большинства был медленный, сила голоса слабая. Вялая артикуляция в сочетании с судорогами нарушала внятность произношения. Заикающиеся затруднялись воспроизводить должную интонацию даже по подражанию; особые затруднения возникали при воспроизведении интонаций, выражающих активные чувства. Во многих случаях заикание сопровождалось другими дефектами речи (полиморфная дислалия, функциональная ринолалия), усугублявшими его проявление. Сложный и стойкий симптомокомплекс заикания отрицательно влиял на осуществление важных для личности потребностей и стремлений.

3. Заикание при психастении. Всего изучены 16 человек: юношеского возраста — 5, взрослых — 11.

В анамнезе больных до возникновения заикания основную роль среди различных вредоносных факторов играли отрицательные социально-психологические воздействия. Развитие и закрепление черт психастенического характера, а также расширение и резкое обострение симптоматики заикания в основном происходили в подростковом и юношеском возрастах, т. е. в периоды, когда больные сталкивались с новыми и трудноразрешимыми для них обстоятельствами жизни.

Проявляясь на фоне тревожно-мнительного характера, симптоматика заикания обладала рядом особенностей. Моторные симптомы ее у большинства заикающихся были выражены незначительно. На первый план выступали психические проявления речевого расстройства. У каждого заикающегося речь вызывала многочисленные по формам ло-гофобии, создававшие значительные препятствия речевой коммуникации. Независимо от тяжести судорог логофобии у больных всегда проявлялись сильно и влекли за собой патологические изменения в психическом облике и в поведении. Заикающихся постоянно преследовали доминирующие мысли о заикании. Совершение многих поступков они ставили в зависимость от заикания. Каждое речевое общение вызывало у них неуверенность и тревожное ожидание неудач. Задолго до предстоящего общения в мельчайших деталях обдумывались формы поведения и речи. Во всех ситуациях больные страшились отрицательных оценок их речи. Для маскировки речевого расстройства они изобретали утонченную систему защитных приемов. Взаимодействуя с па-тохарактерологическими нарушениями, речевой дефект у многих больных затруднял осуществление ряда важных для них потребностей.

4. Заикание при неврозе навязчивых состояний. Всего изу
чены 13 человек: юношеского возраста — 5, взрослых — 8.

До наступления заикания у большинства больных наблюдались явления раздражительной слабости. Заиканию чаще всего предшествовало действие психогенных вредоносных факторов. До начала подросткового возраста оно проявлялось не сильно и в целом не влияло на речевое общение и на отношение с окружающими. В подростковом возрасте формировалась избирательная и стойкая связь заикания с четко определенными ситуациями, в основном с тем, где нарушались особо значимые для заикающихся отношения.

Кроме синдрома навязчивости и отдельных: неврастенических симптомов у больных не обнаруживалось каких-либо характерологических отклонений. Для всех обследованных оказалась типичной связь синдрома навязчивости только с речевым расстройством, навязчивости иного содержания, как правило, отсутствовали. Заикание выступало в небольшом и строго избранном кругу конфликтных ситуаций. Речевой дефект не сопровождался развернутыми и глубокими перестройками в нервно-психической сфере. Однако в конфликтных ситуациях у больных возникали сильные лого-фобии, которые значительно затрудняли речевые контакты и изменяли поведение заикающихся. Осознавая нелепость и беспричинность многих навязчивых страхов, больные не могли усилием воли справиться с ними. Заикающимся были свойственны и навязчивые мысли о заикании, но эти мысли не доминировали в их сознании и появлялись только при непосредственном столкновении с психотравмирующей ситуацией. Пытаясь преодолеть эмоциональные нарушения и приступы судорог, больные прибегали к разнообразным защитным приемам, которые скрывали от окружающих. В осуществлении значимых потребностей и стремлений заикание не создавало у больных больших препятствий.

5. Заикание при истерии. Изучены 4 больных женского
пола в возрасте от 26 лет до 31 года.

У всех обследованных еще до возникновения заикания отмечались невротические нарушения и ряд характерологических особенностей. Заикание наступало вследствие психотравм одномоментного действия и активного подражания заиканию. Речевой дефект сразу проявлялся сильно, и заикающиеся давали на него патологические реакции истерического типа. До окончания подросткового возраста заикание представляло собой прогрессирующее течение. С юношеского возраста оно начинало приобретать стационарную форму.

Больным были свойственны повышенные впечатлительность и внушаемость, неустойчивость и инфантильность эмоциональных проявлений, болезненное самолюбие, недостаточность объективной оценки многих из своих действий и действий окружающих, постоянное стремление обратить на себя внимание, театральность поведения. Эти характерологические особенности обусловливали преувеличение тяжести симптоматики заикания, неверную связь многих жизненных неудач только с речевым нарушением, подчеркнутое демонстрирование его проявлений. Аггравация заикания использовалась больными и как один из приемов в системе средств «театрального поведения», и как защитная реакция на конфликтные жизненные обстоятельства. В период речевого общения у заикающихся возникали быстрый темп произношения, двигательная расторможенность, манерность мимических и пантомимических движений. У больных этой группы не отмечалось стойкой связи заикания с какими-либо ситуациями: в любой ситуации при благоприятных для них условиях речь могла быть хорошей. Заикание не препятствовало у наших обследованных достижению значимых потребностей и стремлений.

6. Заикание при «органоневротических» синдромах. Всего изучены 19 больных с различными органическими поражениями центральной нервной системы. Из них юношеского возраста было 5 человек, взрослых — 14.

В анамнезе до возникновения заикания у больных имелась органическая недостаточность мозга, обусловившая у многих задержку в психомоторном и речевом развитии. Заикание, возникшее на этом фоне, сразу проявлялось ярко и затрудняло общение в большом числе ситуаций. Течение его характеризовалось быстрым нарастанием всей симптоматики и быстрым переходом к стационарной форме.

Особенности заикания были связаны с органическими поражениями нервной системы и со стойкими личностными изменениями: эмоциональной слабостью, ипохондрично-стью или с повышенной раздражительностью, аффективно тью, с инертностью нервно-психических процессов. Во время речи отмечалось чрезмерное напряжение в общемотор-ной сфере. Частые, широко распространявшиеся и длительные судороги возникали во всех ситуациях. Трудности в установлении речевых контактов были постоянны, многие больные вследствие сильных приступов судорог избегали общения в широком кругу ситуаций. Результатом этого являлись стойкие логофобии, доминирующие мысли о заикании, ипохондрическая фиксация на дефекте. Заикающиеся испытывали глубокое чувство малоценности, они считали себя оторванными от общества; некоторые были склонны к суицидным мыслям. Тяжелые судорожные явления у большинства вызывали замедление темпа речи и у всех обследованных — ярко выраженные нарушения внятности произношения пацузации, интонации и других просодических компонентов. Нарушения просодии усугублялись часто встречавшимися у больных дислалиями и стертыми дизарт-риями. Заикание создавало значительные препятствия при осуществлении большого числа важных для личности потребностей и стремлений.

7. Заикание при отсутствии репрезентативных нервно-психических расстройств. Изучены 15 заикающихся, у которых не обнаружено нервно-психических нарушений. Юношеского возраста было 8 человек, взрослых — 7.

Отмечавшиеся до возникновения заикания у трети обследованных черты нервности имели моносимптоматический характер. Течение заикания происходило в благоприятных условиях социального окружения. Вследствие этого речевой дефект не препятствовал общению и правильному формированию системы отношений личности. Отсутствие у заикающихся нервно-психических расстройств способствовало тому, что в симптомокомплексе заикания доминировали моторные нарушения, которые в целом не влияли на речевую коммуникацию и не мешали осуществлению потребностей и стремлений.

Представленные результаты исследования свидетельствуют о том, что в каждой клинической группе существует зависимость многих показателей заикания от особенностей нервно-психических заболеваний и состояний больных. Включаясь в структуру определенного нервно-психического заболевания, заикание приобретает своеобразные черты, которые находят свое выражение прежде всего в особенностях речевого общения заикающихся на разных уровнях ситуационно-речевой сложности, в особенностях функционирования их эмоционально-волевой сферы в процессе речевой деятельности, а' также в моторно-динамической стороне речевого акта. Все клинические группы заикающихся различаются между собой по целому ряду особенностей речевого нарушения. Эти различия отмечаются и в анамнезе до возникновения заикания, и в течении заикания, а также в совокупности и специфике его проявлений.

В соответствии с обнаруженными особенностями заикания нами были разработаны внутри существующего комплексного метода дифференцированные пути коррекционно-воспитательного воздействия на заикающихся. Предлагаемые пути устранения заикания не отвергают комплексный метод, а наоборот, способствуют расширению и углублению его.

В педагогический аспект устранения заикания входили: 1) психотерапия, направленная на перевоспитание нарушенных отношений заикающихся, на повышение возможностей их саморегуляции, на перестройку поведения и патологических черт личности; 2) логопедическая дидактика, формирующая правильные навыки речевого общения; 3) работа с микросоциальным окружением больных, основной задачей которой было установление нормальных межперсональных отношений.

В коррекционно-воспитательной работе с заикающимися учитывались связь заикания с нервно-психическим заболеванием, со всей личностью, ведущее звено речевого нарушения и сохранные звенья

речевой функции, взаимодействие всех сторон речи, ее коммуникативный характер. Коррекция проводилась во всех трудных для заикающихся ситуациях.

Применяя дифференцированное педагогическое воздействие, мы исходили из соображений целостного корригирующего воздействия на личность больного и через перевоспитание личности шли к преодолению речевых нарушений.

У больных с гиперстенической формой неврастении, у которых вне заикания не было патологических изменений темпа речи, акцент в работе падал на преодоление чрезмер ного возбуждения в неречевой и речевой деятельности, на воспитание способности рационально реагировать на психо-травмирующие раздражители.

У больных с гиперстенической формой неврастении, у которых заикание сочеталось с тахилалией, пути коррекц^и-онного воздействия во многом определялись спецификой нарушений, связанных с тахилалией. Поэтому наряду с формами работы, проводившимися у больных предыдущей подгруппы, в этой подгруппе большое место было уделено преодолению специфических нарушений просодии и главным образом нормализации темпа речи. Все виды логопедических занятий включали воспитание у заикающихся внимания к речи, самоконтроля за произношением и поведением.

При устранении заикания у больных с гипостенической формой неврастении педагогическое воздействие направлялось на повышение тонуса в речевой и психической сфере, на развитие активности в речевой деятельности в процессе коммуникации.

У больных психастенией устранение заикания тесно связывалось с перевоспитанием патологических черт характера, которые с большой степени обусловливали специфику речевого дефекта. Вследствие этого методы психотерапии имели первостепенное значение и пронизывали всю логопедическую работу, в том числе и дидактические методы.

При выборе путей устранения заикания у больных с неврозом навязчивых состояний учитывалась связь навязчи-востей только с заиканием, которое у них проявлялось в четко ограниченном кругу конфликтных ситуаций. Поэтому коррекционно-воспитательная работа преимущественно направлялась на разрешение патогенных ситуаций и на постепенную тренировку навыков правильного поведения и речи в этих ситуациях.

У больных с истерией наряду с перестройкой речи педагогическое воздействие предусматривало воспитание правильной самооценки, отказ от необоснованных претензий, от аггравации патологических проявлений и систематическую тренировку положительных качеств личности и речевого поведения. <...>

Выводы

1. Заикание как частое проявление более общего патологического процесса находится в диалектическом единстве с закономерностями механизмов развития этого процесса. Взаимодействие между заиканием и нервно-психическими заболеваниями, как показывает литература вопроса, изучено недостаточно.

2. Выявление особенностей, присущих заиканию в структуре различных нервно-психических заболеваний, важно не только для установления отношений между частным и общим в развертывании единого патологического процесса, но главным образом для разработки дифференцированных и научно обоснованных методов коррекции речевого дефекта.

3. Нарушение речевой функции — наиболее поздней в онтогенетическом отношении и поэтому наиболее ранимой — чаще наблюдается у лиц, развитие нервно-психической сферы которых, в том числе и речи, находится на грани нормы и патологии. Отражением этой закономерности являются возникновение и обострение заикания в критические возрастные периоды, связанные с глубокими перестройками в биологической и психической сфере, а также в области социальных отношений.

4. Изучение заикания у больных с различными формами неврозов, у больных с органоневротическими синдромами

и у заикающихся без репрезентативных нервно-психических расстройств показало, что наряду с общими проявлениями, которые характеризуют данный вид речевой патологии и которые не зависят от специфики нервных заболеваний, в каждой клинической группе имеются и типичные для них особенности в развитии, течении и проявлениях заикания, органически связанные с нервно-психическим состоянием и личностью больного.

5. Формирование отличительных черт симптоматики за икания в структуре определенного нервно-психического за болевания находится в тесной зависимости от особенностей личности и от реакций этой личности в системе социальных отношений, что находит свое выражение прежде всего в осо бенностях речевого общения на разных уровнях ситуацион но-речевой сложности.

6. Обусловленные спецификой нервно-психического забо левания и личности больного, особенности симптомокомп-лекса заикания в клинических группах определяются не только наличием тех или иных показателей заикания и не только их количественными и качественными характеристи ками, но и своеобразием их комбинаций и взаимосвязей.

7. Сложность и разнохарактерность заикания как нару шения, генетически связанного с особенностями нервно-пси хических состояний заикающихся, с историей формирова ния личности, с совокупностью многообразных эндогенных и экзогенных факторов, диктуют необходимость примене ния в коррекционно-воспитательной работе с заикающими ся строго дифференцированных методик, которые должны учитывать этиопатогенетическую многоаспектность речево го расстройства.

Ковшиков В.А. Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей // Сборник научных работ ЛГПИ им. А.И. Герцена. — Л., 1976. — С. 13—20; 22—23.

А. В. Ястребова

Организация, содержание
и принципы коррекционного
обучения заикающихся учащихся
младших классов

Изучение наблюдаемых у заикающихся учащихся коммуникативных затруднений позволило выделить особенности формирования их личности, а также учебной и речевой деятельности. На преодоление этих неблагоприятных особенностей как раз и должно быть направлено коррекцион-ное воздействие.

Учитывая эти данные, можно сделать вывод о том, что основу преодоления заикания у детей младшего школьного возраста должна составить коррекция речевого общения, связанного с ведущей в данном возрасте учебной деятельностью.

Поскольку заикание с наибольшей интенсивностью проявляется во время занятий в классе, основным содержанием коррекционного воздействия со стороны учителя-логопеда должна быть организация специальных упражнений, моделирующих различные варианты дидактической коммуникации. Причем основу каждого коммуникативного упражнения, его стержень должно составлять выполнение таких умственных действий, операций, которые являются актуальными для решения разнообразных учебных задач и активно используются учащимися в процессе учебной деятельности в классе.

Соответственно этому и вербализация производимых школьниками в ходе и по следам решения учебных задач действий (грамматических, математических и пр.) должна осуществляться с помощью тех языковых средств, которые используются в процессе занятий в классе. А так как эти упражнения — коммуникативные, то они должны представлять собой такие модели речевой деятельности, которые необходимы для осуществления процесса обучения, т. е. дидактической коммуникации.

Таким образом, содержание коррекционного обучения заикающихся учащихся младшего школьного возраста есть система коммуникативных упражнений, реализуемых в контексте ведущей в данном возрасте деятельности, и тех языковых средств, с помощью которых она осуществляется.

Рассмотрим более подробно все составляющие этой системы.

Коммуникативные затруднения заикающихся детей имеют сложную психофизиологическую характеристику. Она складывается из особенностей протекания психических процессов и специфики деятельности общения. Отсюда следует, что для преодоления данной речевой аномалии должно быть организовано специальное обучение, предусматривающее нормализацию коммуникативной деятельности заикающихся детей (т. е. преодоление специфических при заикании отклонений в реализации устного речевого общения) и тех психических процессов, которые играют ведущую роль в развитии коммуникативной функции.

Как уже отмечалось, нормализация коммуникативной деятельности заикающихся детей осуществляется посредством системы специальных упражнений, представляющих собой различные модели общения. Формирование навыков общения происходит в определенной последовательности. Эта последовательность соотносится с общей линией становления коммуникативной функции речи.

Таким образом, в плане речевой деятельности главным объектом коррекционного воздействия являются основные аспекты коммуникативной функции речи — информаци-оннй и регулятивный. Иначе говоря, имеются в виду те формы речи, из которых складывается деятельность общения.

Коррекция первого аспекта (информационного) сводится к упорядочению знаний, умений и навыков, необходимых для общения с целью обмена информацией. Коррекция второго аспекта (регулятивного) представляет собой организацию усвоения навыков общения, необходимых для дифференцированного воздействия на других людей и саморегуляции.

Анализ результатов экспериментального обучения показывает, что весь процесс восполнения пробелов в формировании коммуникативной деятельности детей целесообразно распределить на три этапа.

Рассмотрим каждый из этих этапов.

Первый этап. Основная коррекционная цель первого этана состоит в выработке у заикающихся школьников умения адекватно усваивать и передавать информацию в процессе межличностного общения. Иными словами, на этом этапе работы осуществляется уточнение (а

порой и формирование) знаний, умений и навыков, необходимых для свободного общения в рамках информационного аспекта коммуникативной деятельности.

Осуществляемые заикающимися учащимися в пределах данного вида речевой деятельности речевые действия им относительно доступны. Поэтому на первый план выдвигается задача нормализации тех отклонений в сфере психофизиологических процессов, которые составляют первичную суть дефекта и проявляются в форме своеобразия речевой и учебной деятельности.

Второй этап. На этом этапе осуществляются формирование и закрепление умений и навыков общения в рамках регулятивного аспекта коммуникативной деятельности (функция регуляции и дифференцированного воздействия). Иначе говоря, на этом этапе отрабатываются навыки свободного общения, необходимого для взаимодействия с другими людьми и регуляции их деятельности. Данный вид речевой деятельности может быть реализован лишь на достаточно высоком уровне общения. Поэтому здесь имеет место взаимодействие (сведение) информационного и регулятивного аспектов коммуникативной деятельности.

Третий этап. На данном этапе происходит закрепление навыков свободного общения с целью обмена информацией, дифференцированного воздействия на других людей и саморегуляции. Иначе говоря, на этом этапе осуществляется окончательная отработка умений и навыков, необходимых для активного использования полученных знаний в целях адекватного взаимодействия с другими людьми в процессе выполнения различных видов деятельности в разнообразных жизненных ситуациях,

Успешно реализовать все задачи коррекционного воздействия можно лишь при учете ряда принципиальных организационных моментов.

Прежде всего необходимо всемерно активизировать сами методы (приемы) коррекционной работы. Исходным при этом является положение, согласно которому приобретение заикающимися детьми знаний, умений и навыков общения возможно только при их соответствующей активной деятельности.

Традиционно в структуре логопедических занятий ведущая роль отводится логопеду. Причем это касается не столько количественной (удельный вес высказываний учителя-логопеда в ходе занятий постепенно понижается), сколько качественной стороны, ибо практически не только в начале, но и на завершающих этапах коррекционного обучения высказывания детей (при всей самостоятельности их построения) являются, по сути, ответной реакцией на стимулирующее воздействие логопеда; как правило, в процессе общения их высказывания не играют активной роли.

Предлагаемая система коррекционного воздействия построена на иной основе. Основополагающим здесь является личностно-ролевой подход к коррекционному обучению. Реализовать такой подход можно только в процессе совместной коррекционно-учебной деятельности.

Важнейший элемент личностно-ролевого подхода — общение заикающихся детей с учителем-логопедом и между собой.

Перечисленные моменты позволяют считать этот подход наиболее адекватным коррекции заикания, т.е. дефекта речи, суть которого проявляется в специфических затруднениях в процессе устного общения и своеобразных личностных реакциях. Современными исследованиями в области психологии обучения показано, что именно в процессе коллективных форм учебной деятельности возникает ряд важных личностных качеств — ответственность перед другими и саморегуляция. Установлено также, что природу этих качеств составляет формирование у школьника «условно-динамической позиции» (Д.Б. Эльконин), под которой понимается умение оценивать себя, свою деятельность с разных позиций — в зависимости от места и функции в совместной работе. При этом отмечается, что формирование такой позиции является психологическим новообразованием, имеющим фундаментальное значение для социально-нравственного развития личности. Иными словами, в ходе коллективной деятельности происходит активное овладение учащимися различными формами социального взаимодействия и общения. Все это делает очевидным большие возможности подобного подхода в преодолении заикания у детей, так как именно в упомянутых условиях возможна максимальная реализация основных коррекционных задач, к которым относятся восполнение пробелов в деятельности общения и нормализация психических процессов.

В ходе организованного на этой основе коррекционного обучения открываются большие возможности для целенаправленного формирования у заикающихся детей таких нравственных качеств, как сознание долга и ответственности перед коллективом; доброжелательность, чуткость, чувство собственного достоинства; честность, принципиальность и др.

Одним из основных аспектов воздействия учителя-логопеда является формирование у учащихся активной позиции в процессе выполнения учебной деятельности и общения с окружающими (учителем-логопедом, детьми).

Общеизвестно, какое большое значение придается корригирующему воздействию на личность заикающегося в любых системах устранения данного дефекта. Традиционно общепринятым методом такого воздействия является психотерапия (рациональная, суггестивная и ее модификация), т. е. воздействие словом.

Между тем современными психологическими исследованиями доказано, что перевоспитание личности, а именно такая задача выдвигается в процессе коррективной работы с заикающимися детьми, всегда реализуется только через изменение деятельности субъекта и не может осуществляться посредством воздействий чисто вербального характера (А.Г. Асмолов). Формирующие воздействия учителя-логопеда на личность заикающегося ученика неразрывно связаны с развитием у детей направленности на самостоятельное осуществление учебной и коммуникативной деятельности. Причем в качестве реальной модели здесь выступает учебная деятельность, которая, по мнению Д.Б. Эльконина, есть процесс постепенной передачи выполнения отдельных элементов этой деятельности самому ученику для самостоятельного осуществления без помощи учителя. Формирование этой направленности осуществляется главным образом посредством включения заикающихся детей в разные формы совместной деятельности.

Организация на логопедических занятиях содержательного сотрудничества помогает развитию умения проявлять самостоятельность и согласовывать свою работу с другими участниками совместной деятельности. В процессе совместной деятельности происходит формирование у заикающихся детей активной позиции в коллективе и активной роли в коммуникативном процессе.

Как уже отмечалось, с наибольшей интенсивностью заикание у школьников проявляется в условиях учебной деятельности, при продуцировании связных высказываний, предназначенных для обмена значениями и для выражения обоснованных и доказательных суждений. Поэтому на логопедических занятиях возникает необходимость осуществлять целенаправленную работу и по формированию умений и навыков свободного пользования связной контекстной речью.

Формирование умений, необходимых для свободного продуцирования связных высказываний, осуществляется на логопедических занятиях очень последовательно, с учетом нарастания сложности коммуникативной деятельности. Параллельно с усложнением коммуникативной деятельности происходит последовательное усложнение предметной деятельности. Выполняемая детьми деятельность регулируется логопедом с помощью вопросов, отражающих содержание операций, на которые разбиваются производимые детьми действия. Постепенно предлагаемые детям вопросы (все в той же ситуации совместной деятельности детей) усложняются. Они начинают отражать не только отдельные операции, но и весь комплекс производимых детьми действий. Соответственно этому постепенно усложняется и содержание продуцируемых детьми связных высказываний. Это — итоги выполнения собственных учебных заданий, проверки выполнения учебных заданий другими детьми, различного рода объяснения, доказательства, выводы, планирование предстоящей деятельности.

Приемы коррекционного воздействия, формирующего у заикающихся детей активную позицию в коррекционном процессе и активную роль в общении, могут быть реализованы лишь в определенных условиях. Такие условия возникают только при групповых формах логопедических занятий. Продуктивность этой формы занятий особенно четко вырисовывается в связи с реализацией обозначенного выше содержания коррекционного обучения.

В самом деле, только в коллективе (группе) возможна организация различных видов совместной деятельности детей, которая, в свою очередь, является необходимым условием воспитания активной позиции заикающегося ребенка в коррекционном процессе и восполнения пробелов в развитии регулятивного аспекта коммуникативной функции речи (функции воздействия на других людей и регуляции их деятельности). Только в группе можно организовать высокую коммуникативную активность детей. В процессе организуемой логопедом совместной деятельности у детей формируются навыки регуляции собственного поведения и речи.

Человеческое общение носит характер ролевого взаимодействия. Поэтому освоение заикающимися детьми различных внутригрупповых ролей происходит наиболее успешно в коллективе. Исполнение межличностных и внутригрупповых ролей (т. е. освоение набора данных, составляющих модель поведения и характеристику речевой деятельности роли) приводит к тому, что заикающиеся оказываются хорошо подготовленными к деятельности общения, которая становится ведущей в

подростковом возрасте. Кроме того, поскольку, как уже отмечалось, коммуникативная деятельность заикающихся детей подвержена действию самых различных ситуативных факторов, именно в группе (коллективе) возможно создать условия для обучения детей адекватному поведению в меняющихся условиях. С этой целью в совместную деятельность детей вводятся различные средства, меняющие условия вербальной коммуникации. Постепенно путем систематичен кого использования на логопедических занятиях разнообразных средств, изменяющих условия деятельности общения, у заикающихся детей вырабатываются навыки адекватного восприятия каждой конкретной ситуации общения (разных ее факторов) и управления своим поведением и высказываниями. Формируемые в этих условиях умения и навыки партнерства оказываются наиболее прочными.

Таким образом, именно в группе создаются наиболее оптимальные условия для воплощения на практике коррекционных приемов, адекватных сути имеющегося у ребенка речевого дефекта. Иными словами, групповые логопедические занятия представляют собой сплав коррекционных воздействий, ориентирующих и изменяющих личность заикающегося ребенка. Естественно при этом, что продуктивное использование коллективных форм логопедической работы возможно лишь при наличии строгой индивидуализации коррекционного воздействия с учетом всех особенностей коммуникативных затруднений и личностных качеств каждого заикающегося ребенка.

Поскольку коммуникативные затруднения заикающихся детей неразрывно связаны с определенными особенностями психических процессов, на логопедических занятиях предусматривается специальная работа, направленная на преодоление имеющихся отклонений.

Речь идет об использовании специфических приемов кор-рекционно-воспитательного воздействия, с помощью которых формируются те черты произвольной деятельности, которые необходимы для нормального протекания речевой коммуникации. В связи с этим в процессе занятий логопед использует такие виды заданий, выполнение которых способствует нормализации деятельности общения; одновременно происходит развитие у детей устойчивости внимания и деятельности в целом, наблюдательности, умения проверять результаты работы (своей и товарищей), способности быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, организованности.

Цели коррекционно-воспитательной работы остаются неизменными на протяжении всего периода специального обучения. Форма коррекционных заданий и используемый при этом материал подчинены задаче нормализации коммуникативной деятельности ребенка.

Формирование этих свойств осуществляется на протяжении всего периода обучения. На первых порах эти свойства формируются в процессе совместной деятельности заикающихся детей с учителем-логопедом. Действия учителя представляют собой своеобразную модель организованной деятельности. Он демонстрирует образцы наблюдательности, устойчивости внимания, способности к переключению, самоконтроля при решении той или иной учебной задачи. Одно из действенных средств, активно используемых на первой ступени коррекционного обучения, — оценивающие высказывания логопеда, сопровождающие вначале совместную, а затем все более самостоятельную деятельность.

Постепенно, по мере усвоения заикающимися детьми некоторых образцов деятельности и возрастания их общей организованности, все более действенным средством коррекционного воздействия становятся высказывания логопеда, организующие и направляющие учебную работу детей. Эти высказывания, составляющие систему вопросов и инструкций, целенаправленно стимулируют познавательную и коммуникативную активность детей.

Целям коррекции служит также и сама форма коррекци-онных заданий. В процессе логопедических занятий используются такие виды учебных заданий, выполнение которых служит нормализации коммуникативной деятельности заикающихся учащихся и одновременно способствует развитию устойчивости внимания, быстрой ориентировки в задании, умения проверять процесс и результаты собственной работы и работы своих товарищей, организованности и самостоятельности. Иными словами, логопедические задания облекаются в такую форму, которая, в свою очередь, становится средством коррекции определенных свойств деятельности. Таким образом, и здесь логопедическая работа тесно увязывается с ведущей учебной деятельностью возраста. Помимо этого, в ходе коррекционного обучения осуществляется также упорядочение учебной деятельности детей и прежде всего тех ее компонентов, уровень сформированности которых находится в определенной зависимости от состояния психофизиологических процессов. А это значит, что на логопедических занятиях специально отрабатываются, а в ряде случаев и формируются различные виды ориентировки (умение выделять основные стороны в изучаемом предмете, понимать учебную задачу, намечать предполагаемый результат и на этой основе строить план своей деятельности), а

также разные формы самоконтроля и самооценки. Опыт экспериментального обучения свидетельствует о том, что в холе логопедических занятий во всей полноте решается также и задача закрепления способов активной работы с учебным материалом (умение видеть общие закономерности, отражать их в условно-графической форме и т. п.). Иначе говоря, практически в ходе коррекционных занятий осуществляется упорядочение всех компонентов учебной деятельности в их взаимной связи. Таковы основные направления данного аспекта коррекционного воздействия.

Рассматриваемый аспект коррекционного воздействия ориентирован на дальнюю перспективу — формирование способности управлять своим поведением, собственными действиями и поступками, которые обычно тесно связаны с наиболее актуальными потребностями.

Установлено, что саморегуляция поведения непосредственно связана с процессом общения. Принято считать, что общение вызывает потребность в саморегуляции.

Доказано, что формирование потребности в саморегуляции поведения всегда опосредуется уровнем общего развития личности и проходит в своем развитии ряд последовательных стадий. Так, у дошкольника элементарные проявления саморегуляции возникают в связи с потребностью в положительном эмоциональном контакте со взрослыми, а у младшего школьника — на почве потребностей, обусловленных новой для него ролью ученика школы.

Содержание и форма проведения логопедических занятий предусматривают восполнение пробелов в навыках общения. Вместе с тем на этих занятиях происходит формирование определенных свойств и черт личности, в частности способности произвольно управлять своим поведением. Следует отметить, что формирование саморегуляции не только сложный, но и длительный процесс. Его эффективность определяется уровнем развития основных форм психической деятельности, на основе которых учащиеся оказываются в состоянии быстро, глубоко и правильно ориентироваться в явлениях окружающей действительности. На этой основе происходит формирование речевой и учебной деятельности, которая, как было показано выше, носит у заикающихся печать известного своеобразия. Поэтому в условиях логопедических занятий задача развития у заикающихся детей саморегуляции решается постепенно и последовательно средствами разносторонней коррекционно-воспитательной работы.

Уже отмечалось, что коммуникативные затруднения особенно резко проявляются у заикающихся учащихся в ситуации учебной деятельности в классе. Состояние эмоциональной напряженности обусловлено не только такими объективными факторами, как публичность речи, направленность внимания аудитории на говорящего и т. п., но и характерными для заикающихся детей затруднениями в связи с необходимостью использовать языковые средства.

Учитывая это обстоятельство, на логопедических занятиях предусматривается социальная работа по актуализации языковых средств и прежде всего учебных терминов. Она органически вплетается в каждое коррекционное задание. Поскольку реализация данной системы осуществляется в контексте учебной деятельности, отбор используемых на логопедических занятиях языковых средств предопределен современной программой начального этапа обучения. Это прежде всего слова-термины, обозначающие фундаментальные понятия в системе грамматических и математических знаний и наиболее часто употребляемые в процессе учебной деятельности в классе: корень слова, однокоренные слова, окончание, приставка, суффикс, повествовательные, вопросительные, восклицательные предложения, сумма, разность, произведение, математические знаки :, —, =, геометрические фигуры: квадрат, треугольник, круг, трапеция, прямоугольник; числа, цифры и т. п.; модели различных синтаксических конструкций.

Итак, мы рассмотрели все составляющие коррекционно-го обучения заикающихся учащихся младшего школьного возраста в условиях логопедического пункта при общеобразовательной школе.

Ястребова *А.В.* Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы. — М., **1980. — С. 25—33.**

Н.А. Власова

Комплексный метод заикания у детей дошкольного возраста в дневных детских садов

Учитывая особенности детского возраста, лечение заикания у дошкольников потребовало создания специального метода, который соответствовал бы физиологическим и психическим возможностям ребенка. Такой метод был разработан в 1930 г. в психоневрологической клинике, руководимой проф. В.А. Гиляровским, Н.В. Власовой совместно с детскими психиатрами.

Этот метод объединяет логопедические, педагогические и воспитательные, лечебные и медицинские мероприятия, музыкально-ритмические занятия, пение, психотерапию и работу с родителями.

Характерной особенностью этого метода является то, что речь заикающегося ребенка рассматривается в различных аспектах и относительно физиологического развития, в связи с общественно-социальной деятельностью, особо выделяются вопросы объединения в логопедической работе моментов воспитания и обучения. В процессе обучения придается большое значение тесной взаимосвязи всех функций организма, участвующих в развитии личности, необходимых для формирования интеллекта и его внешнего проявления: внимания, памяти, мышления и внутренней речи.

За последние годы изучение вопросов клинической типологии детей, страдающих заиканием, позволило выделить три основные его формы: невротическое заикание, неврозо-подобное заикание в рамках ранней цереброорганической недостаточности, неврозоподобное заикание при прогредиент-ных нервно-психических заболеваниях (шизофрения, эпилепсия).

В связи с речевыми и психопатологическими особенностями клинического проявления невротического и неврозо-подобного заикания комплексная терапия была дополнена сведениями для дифференцированных занятий — логопедических, педагогических и логоритмических, а также лечебных и медикаментозных мероприятий.

Все разделы данного метода представляют единый комплекс мероприятий терапии заикания, конечная цель которого — полная социальная реабилитация заикающегося ребенка, включающая в себя не только перевоспитание его личности и речи, но также и развитие социальных взаимоотношений с целью подготовки к обучению и активной общественной деятельности в условиях общеобразовательной массовой школы.

Учитывая все упомянутые выше разделы комплексного метода, лечение заикания в основном следует проводить в коллективе, но оно требует индивидуального подхода в каждом отдельном случае, а коллектив является связующим звеном между личностью и обществом.

Лечение заикания у детей дошкольного возраста целесообразно проводить не амбулаторно, а в учреждениях типа дневного стационара, специального санатория или детского сада с лечебным уклоном, чтобы было можно применять весь комплекс необходимых мероприятий. <...>

Лечебные мероприятия

Лечебные мероприятия с заикающимися детьми дошкольного возраста (4—7 лет) включают следующие моменты: медикаментозное лечение, общегигиенические мероприятия, физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, массаж и психотерапию.

Медикаментозное лечение проводится дифференцированно, в зависимости от формы заикания, оно включает общеукрепляющую, седативную и специальную, строго индивидуальную терапию. Общеукрепляющее лечение назначают всем детям: поливитамины, препараты кальция, фосфора, глюкоза, гематоген.

Медикаментозное лечение проводится курсами по 1,5—2 мес. Его полезно сочетать с физиотерапевтическими процедурами (электросон, ионогальванизация), а также с лечебной физкультурой.

Укрепление соматопсихического состояния лекарственными средствами способствует улучшению речи, помогает логопедической работе и во многих случаях ускоряет лечение заикания.

Общегигиенические мероприятия: правильный режим дня, нормализация дневного и ночного сна, рациональное физическое и трудовое воспитание — благотворно влияют на ребенка, улучшают состояние его речи и психики.

С психотерапевтической целью лечение заикающегося дошкольника следует осуществлять без отрыва от семьи, т. е. в учреждениях дневного пребывания, это способствует развитию наиболее здоровой личности ребенка, так как родители в таких случаях имеют возможность принимать участие в работе над перевоспитанием его речи.

Клиническая оценка состояния заикающегося имеет немаловажное значение для выбора методов логопедической работы. Логопед, хорошо знающий особенности психического состояния каждого ребенка, совместно с врачом оценивает его возможности на определенных этапах логопедических занятий.

Нагрузка при занятиях, ее вид и продолжительность диктуются не только выраженностью речевых расстройств, но и особенностями психического и соматического состояния ребенка.

Логопедическая работа

Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста является одним из наиболее значительных разделов комплексной терапии заикания. Значение логопедической работы, ее многогранность у дошкольников определяется еще и тем, что без нее практически невозможно совсем или надолго устранить заикание.

Дошкольный возраст — это ответственный период в формировании и развитии речи ребенка; его можно назвать периодом познания. В эти годы ребенок неустанно обогащает свой словарный запас благодаря активным, настойчивым вопросам. Освоение языка позволяет детям свободно рассуждать и, главное, свободно общаться. <...>

Если же в эти годы у детей возникает заикание, оно почти всегда отразится на развитии характера, личности и на формировании речи. Нередко речевое развитие задерживается. Основной причиной нарушенного речевого развития можно считать затруднения, возникающие у заикающихся детей во время речи. Им особенно трудно пользоваться спонтанной речью, нарушение коммуникативной связи мешает им задавать вопросы, словарный запас в таких случаях пополняется медленно. Всякая задержка в развитии речи, будь то плохое понимание, малый запас слов, понятий или различные виды косноязычия, затрудняет общение ребенка с детьми и в какой-то мере исключает его из игр и занятий в коллективе. Логопедическая работа направлена на развитие и перевоспитание речи заикающегося ребенка и на формирование его личности.

,

Занятия по развитию и перевоспитанию речи

Наряду с основной задачей логопедической работы по преодолению заикания и развития свободного речевого общения важное значение придается развитию психических функций, участвующих в формировании интеллекта, речи, мышления, памяти и творческий способностей. Но в логопедической работе, кроме того, используются общие установки дошкольной педагогики для всех групп детского сада, учитывая и подготовку к школе. Заикание, возникающее в ответственный период формирования и развития речи, в период становления коммуникативных свя-] зей, требует такого метода логопедической работы, который был бы доступен при работе с детьми дошкольного ' возраста. Особенности этого возраста не позволяют огра- 1 ничивать логопедическую работу только выработкой плавной речи.

Известно, какую большую роль в развитии речи ребенка играет подражание речи окружающих, это учитывается при проведении занятий по коррекции речи заикающегося ребенка. В начале лечения, когда заикание еще тяжелое, для облегчения произношения слова или фразы ребенку помогают, одновременно показывая и называя игрушку или картинку. О большой роли наглядного материала говорил еще великий русский педагог К.Д. Ушинский: «Учите ребенка

Ступени	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь
	1 5 12 17 22 28 30	2 8 13 17 22 29	1 5 11 15 23 27 30
7			
6			
5			
4			
3			
2			
1			

Примерная графическая запись состояния речи у ребенка в процессе лечения заикания

каким-нибудь пяти не известным ему словам, и он будет долго и напрасно мучаться над ними, но свяжите с картинками двадцать таких слов, и ребенок усвоит их на лету»[21].

В логопедической работе в каждом из ее разделов, будь то развитие внимания, памяти, мышления, необходимо пользоваться наглядными пособиями: игрушками, картинками, значительно облегчающими заикающимся детям нахождение нужных слов при построении фразы. Кроме того, ребенка надо научить свободно, без заикания пользоваться сначала ситуационной речью (с опорой на зрительное восприятие), а затем контекстной (без конкретной опоры на зрительное восприятие).

При заикании ребенку особенно трудно отвечать на задаваемые ему вопросы, а также пользоваться спонтанной речью. Поэтому все виды речевых занятий, используемые при перевоспитании речи заикающегося ребенка дошкольного возраста, построены по принципу от простого к сложному, т.е. распределены в порядке постепенного их усложнения, а именно от сопряженной и отраженной речи, являющихся для детей самыми легкими видами речи, к наиболее сложным: к спонтанной эмоциональной речи. Последовательных ступеней речи, рекомендуемых для перевоспитания речи заикающегося дошкольника, семь (см. рис. на стр. 225): 1) сопряженная речь; 2) отраженная речь; 3) ответы на вопросы по знакомой картинке; 4) самостоятельное описание знакомых картинок; 5) пересказ прослушанного небольшого текста; 6) спонтанная речь; 7) нормальная эмоциональная речь (беседы с логопедом, детьми, посторонними, просьбы).

Все эти этапы составляют основную схему в перевоспитании речи, которая необходима логопеду для того, чтобы при построении фронтальных занятий с группой он имел возможность, учитывая степень заикания и уровень развития речи у того или другого ребенка, давать каждому из них посильные речевые задания. Подход к занятиям должен быть творческим и индивидуальным.

Сопряженная речь. Сопряженной называется такая речь, когда слово или фразу ребенок произносит с логопедом. Этот вид речи является наиболее легким для заикающегося. Такая пассивная речь, дающая возможность говорить без заикания, имеет большое психотерапевтическое значение. Все занятия по перевоспитанию речи должны проходить в форме игры и строиться так, чтобы и при относительно пассивной (в начале занятий) речи обогащался словарный запас детей. Чтобы приучить детей с самого начала к связной речи, логопед должен, показывая игрушки или картинки, говорить небольшими фразами, четко и с эмоциональной окраской, например: «Посмотри, вот мячик, повтори вместе со мной — вот мячик», «Брось мячик мне, скажи — я бросаю мячик», «А вот кукла» и т. д. Вариантов для таких занятий множество, достигнутая таким образом спокойная речь даст возможность увеличить постепенно количество слов во фразах. Следует давать такие картинки, рассматривая которые, дети могут увеличивать количество слов во фразах до 4—5 и более.

Подбор материала для речевых занятий не должен быть случайным. Материал следует тщательно продумать и подчинить определенной цели. Уже на первых занятиях даже детям с тяжелым заиканием полезно давать задания на сравнения и обобщения. Вначале на таких занятиях речь детей «пассивна», но это начало большой работы над обогащением словарного запаса, которая ведется затем на протяжении всего времени перевоспитания речи заикающегося ребенка.

---

[21] *Ушинский КД.* — Собр. соч. — Т. 2. — М.; Л: Изд-во АПН РСФСР, 1949.—С. 360.

Для этих занятий логопед должен приготовить серии игрушек и картинок с изображением хорошо знакомых детям предметов, а также домашних животных и птиц (собака, лошадь, корова, кошка, петух, курица, утка, гусь), мебели и посуды (стол, стул, шкаф, кровать, стакан, тарелка, чашка), диких животных (лев, лиса, волк, заяц).

Отраженная речь. Этот вид речи сходен с предыдущим, так как в нем также нет еще элементов самостоятельной речи. Подсказывание благотворно действует на затрудненную речь, и поэтому отраженное повторение фразы для заикающегося не представляется трудным. Материалом для этих занятий служат также наглядные пособия: игрушки и разнообразные предметные и сюжетные картинки с изображением как одного действующего лица и действия, так и большого числа лиц, действий и предметов (дети собирают в лесу грибы и ягоды, дети катаются зимой с горы на санках и т. п.). Проводя занятия по таким картинкам, полезно использовать различные детские лото: лото профессий, ботаническое, зоологическое и др.

Такие занятия расширяют кругозор детей. Эта еще пассивная речь является фундаментом для построения спонтанной речи.

Для борьбы с прерывистостью дыхания у заикающихся детей имеет большое значение чтение небольших стихов, сначала отраженно, а затем самостоятельно. Стихи должны быть понятными по смыслу, без трудных слов и с четким ритмом. Ритмом стиха хорошо нормализуется прерывистость дыхания. Сначала логопед читает все стихотворения, рассказывает его содержание, затем дети повторяют его самостоятельно. Вначале читаются небольшие стихотворения (не более 2—4 строф). Необходимо следить, чтобы при чтении стихов не было монотонности, чтобы речь детей была эмоциональна. Речь логопеда должна быть очень четкой, с естественной интонацией.

Ответы на вопросы по знакомым картинкам. Этот вид речи сходен с предыдущим, но отличается от него тем, что при ответе на вопрос по картинке одно слово в предложении ребенок должен произнести уже самостоятельно. Вопрос задают таким образом, чтобы ребенку было легко ответить и он мог бы почти отраженно повторить весь вопрос в своем ответе. Так, например, на картинке изображена девочка, играющая с котенком. Логопед спрашивает: «Кто играет с котенком?» Ребенок должен ответить: «Девочка играет с котенком». Другая картинка: дети сидят за столом и читают книжки. Вопрос опять задается так, чтобы ребенку надо было бы вставить только одно слово. Вопрос: «Кто сидит за столом и читает книги?» Ответ: «Дети сидят» и т. д. Вопросы задаются и в процессе игры: с куклами, машинами, мячами и т. п. Например: «Что ты надела на куклу?» Ребенок отвечает: «Я надела пальто». «Кому ты бросил мяч? Я бросил мяч Вове» и т. д.

Таким образом, постепенно совершается переход от отраженной речи к описанию картинок, самостоятельному произнесению фразы, но еще подкрепленному зрительно при помощи какой-либо игрушки, предмета или картинки.

Каждое задание, каждый вопрос, который логопед задает детям, следует формировать так, чтобы им не было трудно на него ответить. Вопросы задают с учетом структуры речевого нарушения. Во время занятий логопед задает вопросы как детям уже хорошо и спокойно пользующимся спонтанной речью, так и детям, не избавившимся еще от заикания или косноязычия.

Самостоятельное описание картинок. Чтобы облегчить этот подготовительный к спонтанной речи этап, вначале лучше давать детям для описания уже знакомый материал: игрушки, различные предметы, картинки. Тогда этот переход к самостоятельному виду речи не бывает для них трудным и вместе с тем постепенно приучает их к уже самостоятельному построению фразы. Необходимо помнить, что речевые занятия помимо перевоспитания речи из заикающейся в плавную обогащают одновременно запас детского словаря, часто очень бедного, особенно у детей с поздним развитием речи. Очень полезны занятия, когда дети сами активно действуют: рисуют, лепят, а затем говорят о том, что нарисовано, сделано.

При подготовке необходимого для занятий материала ребенок должен сказать, что взял для рисования или лепки. Активным диалогом логопед может направить внимание детей на то, имеются ли все необходимые для занятий материалы (кисточки, краски, вода, бумага и т. д.). Процесс рисования тоже комментируют, готовый рисунок еще раз опи-

сывают. Если ребенок справляется с заданиями, можно перейти к обсуждению рисунка. Такие занятия развивают самостоятельную речь ребенка.

Во время всех занятий и игр для самостоятельного построения фраз необходимо приучить детей грамматически правильно говорить; правильно употреблять фразы, местоимения, наречия (здесь, там, сегодня, завтра, вчера) и т. д., так как с этими частями речи дошкольник справляется плохо. Затем постепенно им предоставляется возможность самостоятельно построить фразу. Для этих упражнений, так же как и для предыдущих, необходимо иметь самые разнообразные игры, картинки, лото и другие пособия для ознакомления детей с формами, размером, счетом, цветом и т. п.

Эту методику можно распространить и на другие виды игр с использованием различных игрушек и наглядных пособий. Самостоятельное рассказывание по картинкам, описания предметов являются уже этапом, приближающим детей к спонтанной речи.

Пересказ прослушанного небольшого текста. На этом этапе работы логопед уже не пользуется картинками, подсказывающими детям содержание произносимой ими фразы или рассказа, а упражняет их внимание и память путем прослушивания, а затем пересказывания прочитанных небольших рассказов.

Умение рассказывать имеет большое значение в процессе общения, а для ребенка оно является еще и средством познания и проверкой способности самостоятельно передавать свои мысли. Здоровый ребенок свободно владеет языком при пересказе к пятилетнему возрасту.

Советский психолог Д.Б. Эльконин пишет: «Изменение образа жизни ребенка, формирование новых отношений со взрослыми и новых видов деятельности приводит к дифференциации функций и форм речи. Возникают новые задачи общения, заключающиеся в передаче ребенком взрослому своих впечатлений, переживаний...»[22]

Но у большинства заикающихся детей, особенно в случаях запоздалого развития речи, полное овладение языком значительно задерживается, особенно у детей с неврозоподобным заиканием. На всех предыдущих занятиях по перевоспитанию речи опорой служил наглядный материал, это был подготовительный этап к развитию спонтанной речи. Пересказ, а затем рассказ являются для заикающегося ребенка особенно ответственным моментом для перехода к самостоятельной речи.

Для пересказывания логопед должен прежде всего очень тщательно подбирать материал, понятный детям по содержанию. Рассказы должны иметь четкую композицию и последовательность действий.

Выработка выразительности, правильной интонации, громкого голоса сначала проводится путем подражания речи логопеда, которую он эмоционально изменяет в зависимости от ситуации. Дети прекрасно подражают, и такая эмоциональность речи нисколько не нарушает ее плавности. Полезно, чтобы в пересказе принимали участие несколько детей, каждому поручают какую-либо роль. Инсценировки являются более сложным видом занятий, но они очень помогают детям говорить во время действий и движений. Лучше всего начинать такие занятия, давая детям возможность действовать с игрушками. Для этого можно дать набор игрушек, надеваемых на пальцы (как в театре кукол). Начинать надо с самого легкого: дети вспоминают понравившийся рассказ, надевают на пальцы какую-нибудь игрушку (большей частью это знакомые им животные: котята, собачки, зайцы и др.) и рассказывают небольшую историю — про храброго котенка, пугливого зайца и т. д., одновременно действуя игрушкой. Это очень облегчает речь, и дети передают содержание эмоциональнее, чем без такой игры. Для таких занятий можно использовать самые различные игрушки, матрешки, машины. Дети могут построить улицу, расставив на ней дома, сделанные из различных кубиков, и рассказывать о движении на улицах, у светофора и т. п. Полезно также пересказывать своими словами знакомый стихотворный текст.

Спонтанная эмоциональная речь. Работа над такой речью является последней ступенью в перевоспитании речи заикающегося ребенка. Сложность построения спонтанной речи зависит не только от внешних условий, т. е. где и с кем ведется разговор, но и от речевых возможностей говорящего. Надо помнить, что в дошкольном возрасте происходит на-

[22] *Эльконин Д.Б.* Детская психология. — М.: Учпедгиз, 1960. — С. 195.

копление словарного запаса, формирование фонетической и грамматической сторон речи. Кроме того, этот возраст является периодом наиболее сложного, ответственного процесса развития семантической стороны речи. Овладевая речью, ребенок начинает не только говорить, но и абстрактно мыслить. В этом возрасте у детей происходит бурный переход от ситуативной речи к контекстной.

Всех детей, овладевших свободной речью, назначают по очереди дежурными в своей группе, дежурными по столу, им дают всевозможные поручения: пойти позвать кого-нибудь из персонала, попросить что-либо принести, узнать, который час, рекомендуется разговор с посторонними, с гостями и т. п. Этим занятиям, построенным в различных играх (в магазин, в школу и др.), отводится большое место, они являются надежной проверкой устойчивости достигнутых результатов в перевоспитании речи. Детям же они придают уверенность и смелость для свободного речевого общения не только в своем детском коллективе, но и вне его.

Большой интерес у детей вызывают самостоятельные свободные творческие рассказы на заданное слово или тему без наглядного материала. Эти задания хорошо выполняют дети 6—7 лет. Надо следить, чтобы их маленький рассказ был связным, логичным, понятным и правильно отражал действительность. Для облегчения задачи детям дают знакомые слова, о значении которых им известно. Так, например, им предлагают построить небольшие рассказы на слова «одуванчик», «котенок», «лягушка» и т. п. Даже краткие рассказы детей порой заключают в себе очень точные наблюдения и логичное построение мысли.

Так, например, на слово «одуванчик» девочка построила такой рассказ: «Шла я раз весной по лужочку, увидела одуванчик. Он уже был не желтый, а белый. Я его сорвала, подула, и он весь разлетелся, как маленькие парашютики». Другой пример (на слово «лягушка»): «Шел я в лесу по дорожке, увидел лягушку. Когда она садится, у нее ноги как будто маленькие, когда прыгает, они становятся большие, наверное, вытягиваются, чтобы лучше прыгать». Вот такие небольшие спонтанные рассказы по ассоциациям побуждают детей и к дальнейшим рассказам, кто-то вспомнил, что у зайца тоже разные ноги, и т. п.

Вопросы во время таких бесед задают сами дети, логопед только осторожно направляет их, следит за тем, чтобы речь не была торопливой и в нужный момент приходит на помощь. Когда дети уже овладели спонтанной речью, им можно дать возможность вести разговор друг с другом. Диалог хорошо организовать при помощи игры в телефон. В такой игре-беседе всегда есть элемент впезапности, и от ребенка требуется правильный ответ без предварительной подготовки. Такие диалоги, как форма речевого общения, имеют чрезвычайно большое значение, так как способствуют развитию социальных отношений у детей[23].

Очень важным моментом нужно считать то, что дети, находясь на различных ступенях перевоспитания речи, участвуют во всех играх и занятиях. Однако, как уже было сказано, логопед должен внимательно следить за тем, чтобы вовремя прийти на помощь детям при возникновении затруднения в разговоре или при рассказывании по картинкам. Эта помощь в речи настолько понятна детям, что они сами начинают ее оказывать друг другу.

Работа по развитию речи и интеллекта. Формирование речи ребенка неразрывно связано с развитием его мышления. В логопедической работе важным моментом является работа по развитию внимания, памяти, умения дифференцировать и обобщать понятия, т. е. работа по развитию мышления ъ самом широком смысле слова. Это особенно важно для детей с неврозоподобной формой заикания, протекающего на фоне задержки психического развития.

Советский ученый, психолог Л.С. Выготский, раскрывая проблему системы психических функций ребенка (восприятие, память, внимание), выдвинул гипотезу, заключающуюся в том, «что вся система отношений функций друг с другом определяется в основном господствующей на данной ступени развития формой мышления. Иначе говоря, можно утверждать, что в зависимости от того, какой степени достиг ребенок в понимании значения своих слов, находятся все основные системы его психических функций. Таким образом, центральное значение для всей системы деятельности психических функций имеет развитие мышления»[24].

Поэтому, придавая большое значение формированию в эти годы познавательного процесса у ребенка, тесно связанного с развитием речи, в логопедической работе широко используют различные занятия, игры, обогащающие интеллектуальную и эмоциональную жизнь детей. Эти игры и занятия

---

[23] *Кольцова М.М.* Ребенок учится говорить. — М.: Советская Россия, 1973.—С. 120.

[24] *Выготский Л.С.* Развитие высших психических функций. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. — С. 300.

подбирают в зависимости от возраста ребенка. Так, например, для развития мышления большое значение имеют такие занятия, как рассказы по сюжетным картинкам, составление рассказа по серии картинок с разложением их в последовательном порядке. Такое задание дает возможность выявить правильность рассуждения при переходе от одной картинки к другой. Можно также задавать детям составление рассказа по заданным двум, трем предметным картинкам. В этих случаях широко развивается творческое воображение ребенка. И таких заданий множество.

Очень важно для развития различных степеней обобщения во время игры, одевания, еды и т. п. называть детям предметы как конкретным по значению словом, так и обобщенным. Например: суп из овощей — каких? На Новый год детям подарили игрушки — какие?

В этом возрасте абстрактные понятия строятся на основе конкретных представлений.

Такая работа обогащает словарный запас ребенка, совершенствует построение фразы. От приобретенных знаний зависит и мышление ребенка.

Важным моментом в логопедической работе является развитие памяти и внимания. Память в раннем детском возрасте — одна из центральных психических функций, и ее нельзя рассматривать независимо от общего развития, и чем старше ребенок, тем большую роль приобретает мышление в процессе запоминания. У детей дошкольного возраста плохо развито умение управлять памятью, это проявляется неумением соединять заучивание материала с его пониманием. Дети часто стремятся к дословной передаче материала, преимущественно к механическому его воспроизведению, необходимо избегать этого. Вначале, когда речь детей еще очень затруднена, при помощи отдельных вопросов выявляют понимание содержания прочитанных стихов, рассказов, а в дальнейшем детей приучают к передаче их своими словами. То, что детям понятно, запоминается ими легче, чем то, что заучено механически, без достаточного понимания.

Параллельно с работой над памятью ведется работа по развитию внимания и наблюдательности, часто отсутствующих у заикающихся детей дошкольного возраста. Здесь также логопед прибегает к игровой форме, как наиболее доступной и интересной для детей.

Одной из форм таких занятий является чтение стихов цепочкой (по строчкам), рассказывание по картинкам различных сказок последовательно, не разрывая текста, по розданным предварительно разрозненным картинкам, — все это требует от детей большого внимания, чтобы вовремя вступить и продолжить рассказ по имеющейся картинке.

Логопедическая работай творчество детей

Существенными моментами в логопедической работе с заикающимися детьми, оказывающими значительное влияние на перевоспитание речи и всей личности ребенка, являются изобразительная деятельность детей и ручной труд, У многих детей с тяжелой степенью заикания, с запоздалой речью отмечается плохая моторика, большая неловкость при пользовании карандашом, кубиками, конструктором, часто полное неумение не только рисовать, но и держать в руках карандаш. Работа над развитием моторики в ручном труде и в изобразительной деятельности детей, включения в методику перевоспитания речи заикающихся детей, является одновременно и терапией заикания. Эта работа очень важна для детей с неврозоподобной формой заикания.

Задания (игры с конструктором, кубиками, рисование, лепка, вырезание и др.) начинаются с простейших приемов, постепенно усложняются все новыми элементами, связанными с самым легким видом речи вначале — сопряженной речью — до свободной спонтанной речи.

Динамика развития личности заикающегося ребенка раскрывается в его рисунках, лепке, в работе с конструктором, мозаикой.

Большое значение для работы по перевоспитанию речи и ее развитию имеют рассказы и беседы (по вопросам) о нарисованном, построенном, вырезанном. Этот раздел работы развивает наблюдательность детей и соответственно дает темы для спонтанной речи, обогащая запас знаний и представлений ребенка.

На последних этапах логопедической работы разнообразие творческих заданий и способов их выполнения, а также речевые задания диктуются преимущественно спонтанной, ничем не ограниченной инициативой и творческим воображением каждого ребенка. Этому завершающему этапу придается большое воспитательное значение как для максимального развития речи, творческих и эстетических способностей, так и для социальной направленности.

Работа по исправлению звукопроизношения

У большинства детей дошкольного возраста помимо заикания наблюдается несформированность фонетической стороны речи (различные формы косноязычия). Поэтому наряду с фронтальными занятиями по перевоспитанию заикающейся речи проводятся и индивидуальные занятия по ис-

правлению косноязычия, по развитию артикуляционной моторики, а также проводятся занятия над фонетической и лексико-грамматической сторонами речи.

Логопедическая ритмика

Логопедическая ритмика является одним из средств оздоровления речи заикающегося ребенка. Для выполнения этих задач используется организующее начало музыкального ритма и его эмоциональное влияние на поведение ребенка.

Практический материал представляет собой цель разнообразных заданий, органически связанных с музыкой и расположенных по определенной схеме урока, предусматривающей правильное чередование физической и психической нагрузки.

Специфической особенностью логопедической ритмики является введение словесных заданий в двигательные упражнения. Эти двигательные и словесные задания расположены по описанным ниже разделам.

Вводные упражнения. Данные упражнения проводятся с целью привить детям первоначальные навыки умения ходить в различных направлениях, приучают ориентироваться в пространстве и коллективе.

Для того чтобы эти упражнения были для детей занимательными и интересными, им следует придавать характер игры.

Например, чтобы дать детям понятие о разных видах группировок, можно построение колонной назвать поездом; построение шеренгой — забором; установку по кругу — обручем и т. д.

Музыкальное сопровождение регулирует темп и характер движения, то медленных, то быстрых, то плавных, то отрывистых.

С самого начала музыка должна направлять поведение ребенка, сдерживать излишнюю возбудимость у одних и активизировать пассивность и инертность других. Ребенок должен сам чувствовать руководящую роль музыки.

Упражнения, регулирующие мышечный тонус. Правильное физическое воспитание особенно важно для заикающихся детей, так как у них, как было сказано выше, часто наблюдается тенденция к повышенному мышечному напряжению и сопутствующим движениям. Излишнее мышечное напряжение является серьезным препятствием для успешного исправления речи.

Упражнения, регулирующие мышечный тонус, могут проводить и не владеющие музыкальным инструментом логопеды. Эти упражнения могут быть включены в обычное спокойное занятие, и их можно проводить в виде зарядки или физкультминутки.

Полезны любые упражнения, снимающие напряжение (встряхивание кистями рук, качание рук назад и вперед, поочередное раскачивание ног и т. п.). Регулятором движений в коллективе может служить не музыка, а ритмизованная речь, например: «Руки в стороны — в кулачок; разжимай — и на бочок», или «Сначала буду маленький и к полу я прижмусь; потом я вырасту большой — до лампы дотянусь» (приседание и выпрямление) или «Быстро вертится крыло, мелет мельница зерно, и из смолотой муки испекут нам пирог» (круги руками).

Упражнения, активизирующие внимание. Здесь речь идет о быстрых и точных реакциях на зрительные и слуховые раздражители, о развитии внутреннего торможения и о ряде других качеств ребенка, требующих гибкости процессов центральной нервной системы и их усовершенствования. В дошкольном возрасте такие задания следует проводить в форме игры, чтобы не создавать у детей излишнего умственного напряжения.

В качестве примера упражнения такого типа можно привести следующее задание: дети заранее осведомлены о характере музыки для прыжков зайчиков, полета птичек, галопа лошади. Звучание разнохарактерной музыки должно вызвать у них ту или иную двигательную реакцию. Этим достигается быстрое переключение от одного движения на другое, внимательное отношение к музыке.

Можно также использовать задания на запоминание (движений или пути); на координацию движений (одновременное выполнение противоположных движений рук и ног); на торможение (внезапная остановка при ходьбе или беге); на элементарное ознакомление со счетом (самостоятельное образование кругов по 2, 3, 4 человека).

Упражнения, воспитывающие чувство ритма. Задания этого раздела заостряют внимание ребенка на эмоциональном содержании музыки, на ее форме и фразировке. Содержание музыки, оттенки, темп и другие средства музыкальной речи могут быть использованы для упорядочения характера и темпа движений. Такая регулировка темпа движений особенно нужна детям, страдающим темповыми расстройствами речи, часто коррелирующими с беспорядочным характером движений.

Упражнения, воспитывающие чувство ритма, можно выполнять только в сопровождении музыки или пения. Воспитание чувства музыкального ритма имеет большое дисциплинирующее значение и помогает объединить коллектив.

Речевые задания. Речевые упражнения представляют собой цепь заданий на координацию слова с движением и музыкой. Здесь используется общность выразительных средств музыки и разговорной речи. Применяются также двигательные упражнения без музыкального сопровождения, связанные с словесным стихотворным ритмом.

Например, в задании, когда движение флажками регулируется словами: «Правой вверх, левой вверх, в сторону, накрест, в сторону, вниз», или когда броски мяча соответствуют словам: «Мячик мой, лети высоко, мячик мой, лети далеко; по полу беги скорей, скок об пол смелей, смелей».

Такие задания на координацию слова с движением не исчерпывают всего разнообразия применения речи в логопедической ритмике.

Очень важно увязывать все речевые задания на музыкальных занятиях со ступенями речи, используемые логопедами при перевоспитании речи.

Речевые задания постепенно усложняются в определенном порядке, начиная с речи отраженной, переходя к вопросам и ответам, и т. д. до спонтанной эмоциональной речи.

Так, например, используется материал ритмических заданий под музыку «Где твой дом?» — Вопрос: «Чей дом у окна?» Ответ: «Мой дом у окна». Вопрос: «Чей дом у стола?» Ответ: «Мой дом у стола».

Вопросы усложняются в процессе постепенного улучшения речи на логопедических занятиях. Ребенку, овладевшему здоровой речью, поручают самостоятельно руководить игрой, разговаривать с детьми и т. п. На всех занятиях по логорит-мике присутствует логопед, наблюдая за поведением и речью детей в обстановке, отличающейся от групповых занятий.

Заключительные упражнения. Эти задания имеют цель привести ребенка в спокойное состояние после некоторого физического и психического напряжения предыдущих заданий.

Можно проводить спокойную фигурную маршировку в разных направлениях, предоставляя роль вожака то одному, то другому ребенку. Можно давать детям «слушать музыку», выбирая музыкальные отрывки, доступные пониманию ребенка, вызывающие в его сознании определенные образы и представления.

Музыке во всех логоритмических занятиях отводится большое место; логоритмисту необходимо использовать высокохудожественные музыкальные отрывки. Содержание музыкального произведения дети должны легко воспринимать.

«Мы обязаны править нашим детям, — пишет В.А. Гри-нер, — с раннего возраста любовь к народным мотивам, к образцам классического наследия. Как бы ни были юны наши слушатели, совершенно необходимо научить их слушать и ощущать музыку в целом»[25].

Проведенные за последние 5 лет исследования состояния произвольной двигательной деятельности заикающихся детей дошкольного возраста показали необходимость дифференцированных приемов логоритмической работы (данные младшего научного сотрудника Лаборатории патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии МЗ СССР Н.А. Рычковой).

Результаты динамического наблюдения показали, что у страдающих невротическим заиканием двигательные расстройства функциональны.

Характер сдвигов в моторной деятельности у детей с нев-розоподобным заиканием дает возможность предположить у них определенную слабость моторных структур мозга. Это позволило сделать вывод о том, что качество и степень нарушений произвольной двигательной деятельности заикающихся детей дошкольного возраста определенным образом коррелируют с клинической формой заикания.

При невротическом заикании наряду с учетом положительного влияния музыки на психическое состояние с применением коррекционных упражнений необходимо воспитывать точность, четкость движений, умение переключать активное внимание на качество необходимых в данный момент действий. Особое место отводится упражнениям на снятие мышечного напряжения.

При неврозоподобном заикании ведется непосредственная работа над координацией, переключаемостью движений и их ритмичностью. Дают больше индивидуальных заданий, широко используют повторное объяснение движений.

Особое место в занятиях по логопедической ритмике занимает пение.

---

[25] *Гринер В А.* Логопедическая ритмика. — М.: Учпедгиз, 1958. — С. 14.

Пение способствует регуляции дыхания, выработке плавной, полнозвучной речи. В большинстве случаев оно помогает достичь желаемых результатов даже при тяжелых формах заикания. Пение делает ненужными специальные дыхательные упражнения, часто только фиксирующие внимание ребенка на неправильности его дыхания.

В выборе песен следует учитывать ряд обстоятельств:

—содержание и текст песни: чем разнообразнее будут песни по своему содержанию, тем богаче будет запас музы кальных восприятий ребенка;

—длительность фраз: для детей, страдающих расстрой ством дыхания, следует вначале выбирать песни, имеющие короткие предложения, а позднее — более длинные;

—темп и динамика: необходимо менять темп, не избегая быстрого, чередовать песни с тихим и громким звучанием; . обращать особое внимание на плавность пения, на своеобра зие ритмического рисунка.

Все разделы работы по логопедической ритмике взаимосвязаны.

Задания по коррекции речи, проводимые в коллективе, сопровождаемые хорошо подобранными музыкальными отрывками, являются значительным вкладом в общую систему перевоспитания личности и речи заикающегося ребенка и удовлетворяют требованиям как физического, интеллектуального, морального, так и эстетического воспитания ребенка.

Длительность фронтальных занятий с детьми 4 лет не должна превышать 30 мин, с детьми более старшего возраста занятия продолжаются 45 мин. Рекомендуется чаще использовать физкультминутки и вводить игровые моменты.

Психотерапевтические и воспитательные моменты в логопедической работе

В.А. Гиляровский дает следующее определение психотерапии: «Психотерапия — это система психических воздействий, имеющая целью использовать принцип единства соматического и психического, принцип единства организма и внешней среды для получения благоприятных сдвигов в нервном и общем состоянии больного»[26].

При психотерапии у детей необходимо учитывать их возрастные особенности. У ребенка дошкольного возраста отмечаются незрелость мышления, слабость волевых процессов, ситуационный характер поведения, отсутствие или очень слабая личностная переработка конфликтных переживаний. При работе с детьми дошкольного возраста психотерапия тесно смыкается с лечебной педагогикой, существенная роль при этом отводится моментам воспитания. Прежде всего это умелое руководство детским коллективом, большой педагогический, такт, умение найти правильный подход к каждому ребенку, учитывая его индивидуальные особенности.

Основываясь на том, что личность нельзя рассматривать изолированно от окружающей среды и вне коллектива, все логопедические занятия с заикающимися детьми проводят в коллективе.

Правильно организованный детский коллектив, в котором все подчинено общей цели, — оздоровлению речи и личности заикающегося ребенка, является тем благоприятным фоном, на котором логопеду легче воздействовать на ребенка, чем при индивидуальных занятиях и беседах. Умелое разрешение всех маленьких сложностей, часто возникающих в играх детей, в их взаимоотношениях, имеет большое психотерапевтическое значение. Дети очень чутки ко всякому проявлению внимания, интереса к их жизни и играм, это следует особенно учитывать при занятиях и беседах с детьми.

Умелое психотерапевтическое воздействие логопеда и воспитателя здесь очень велико. Надо завоевать любовь и уважение детей, и тогда можно многого добиться в перевоспитании личности ребенка. В случаях неправильного поведения ребенка, нехорошего поступка, разъяснения педагога или врача, убедительные для старших больных — школьников или взрослых, маленьким детям не всегда бывают понятны. Здесь надо учитывать, что ребенок с его внушаемостью и наклонностью к конкретному мышлению способен скорее поддаться психотерапии не тогда, когда его стремятся убедить путем рассуждений, а когда стараются заинтересовать каким-нибудь понятным интересным примером.

---

[26] *Гиляровский В А.* Психотерапия на коллективах невротиков // Мос-ковск. мед. журнал. **1926.** № 7. **С.** 55—62.

Известно, что часто только рассказы о смелых, о храбрых и честных поступках людей достигали очень многого в улучшении поведения ребенка, а это в свою очередь значительно помогало в перевоспитании его речи, часто заикание уменьшалось с улучшением поведения ребенка.

Одним из существенных психотерапевтических методов в логопедической работе с маленькими детьми является правильное отношение детей к их речевому дефекту. Чаще всего дома родные, тревожась, чтобы внимание ребенка не привлекло слово «заикание», избегают фиксировать внимание на его заикании, некоторые даже избегают обращаться по этому вопросу к врачу. В детском саду, во дворе другая крайность, там часто заикание становится предметом обсуждений и насмешек.

В логопедическом коллективе ребенку сразу дают целенаправленную установку на преодоление заикания. В первой же беседе мобилизуют активное внимание ребенка к правильной спокойной речи.

Интерес к речевым занятиям возникает у детей в первый же день из прихода в коллектив и не ослабевает до конца. Желание хорошо говорить у детей огромно, и оно очень помогает выработать у них внимание и усидчивость, столь необходимые в речевых занятиях»

Кроме того, в коллективе у детей постепенно вырабатываются чувство товарищества, смелость, уверенность.

Очень важным моментом нужно считать то, что дети, находясь на различных ступенях перевоспитания речи, участвуют во всех играх и занятиях, и возможность хорошо сказать — без заикания всегда очень благотворно отражается на настроении и на поведении ребенка.

Поскольку заикание детей часто находится в прямой зависимости от нервности родителей и их неправильного отношения к ребенку, поскольку психотерапевтические беседы нужно начинать с теми, кто окружает ребенка, чтобы создать около него нетравмирующую обстановку. Рекомендуется налаживание тесного контакта с родителями, чтобы требования логопедов и родственников были согласованными, что значительно облегчит работу по преодолению заикания.

Таким образом, психотерапия с заикающимися детьми дошкольного возраста — это целая система воспитательных моментов, направленных на оздоровление личности заикающегося ребенка.

Работа с родителями

Одним из существенных разделов работы над перевоспитанием речи и личности заикающегося ребенка является тесное общение логопеда и врача с родителями и членами семьи, в которой живет ребенок, посещающий логопедическое учреждение.

Условия, в которых растет ребенок, его окружение, воспитание — все это накладывает отпечаток на его характер, поведение и речевое развитие. Известный русский педагог К.Д. Ушинский считал, что успех воспитания зависит главным образом от личности воспитателя, будь то родители или лица, их заменяющие.

Личный пример воспитателя играет огромную роль в формировании характера и поведения ребенка. Это влияние нельзя заменять ни учебниками, ни системой наказаний или поощрений.

Надо помнить, что детям свойственна подражательность, они любят следовать поступкам взрослых и часто воспроизводят поведение тех людей, среди которых находятся. Поэтому исключительно важно с самого раннего детства личным примером приучать детей к правильному поведению, а также *к* правильной речи.

Среди факторов, влияющих на развитие заикания в раннем детском возрасте, немалое место занимают неправильные приемы воспитания. Например, чтобы устранить начавшееся заикание, родители часто прибегают к задариванию ребенка, требуя правильного произношения, или наоборот, упрекают его за заикание, считая это шалостью. Такие приемы лишь вредят речи ребенка, он становится раздражительным, капризным, иногда совсем прекращает говорить.

Частыми причинами продолжающегося заикания у детей в домашней обстановке является неумение родителей оценить свое поведение с точки зрения его отрицательного влияния на ребенка. Это конфликты между взрослыми, уход одного из родителей из семьи, несогласованность взрослых в вопросе воспитания и т. п.

Воспитание детей требует от родителей постоянной работы над собой, а при воспитании ребенка, страдающего заиканием, необходимы еще большая выдержка, терпение и умелый подход,

Советский педагог А.С. Макаренко говорил: «Действительный авторитет основывается на вашей гражданской деятельности, на вашем гражданском чувстве, на вашем знании жизни ребенка, на вашей помощи ему и на вашей ответственности за его воспитание».

Справедливость этих слов несомненна. Заикающийся ребенок-вскоре после первых посещений логопедических занятий в детском саду начинает^говорить спокойно, не заикаясь, дома же он

продолжает заикаться. После обследования бытовых условий ребенка и беседы с родителями часто выясняется, что обстановка, в которой растет ребенок, крайне неблагоприятна: не соблюдается режим дня, родители ведут себя неровно, то потакают всем капризам ребенка, то не обращают внимания на его обоснованные просьбы. Когда у ребенка есть сестры и братья, важно не возбуждать в детях розни. Конфликты с сестрами и братьями тяжело отражаются на речи ребенка, усиливая начавшееся заикание.

Исключительно благотворно действует на сознание и поведение ребенка похвала, особенно если ребенок старался и хорошо выполнил какое-либо задание.

Чтобы лучше узнать условия, в которых живут дети, посещающие логопедические группы, необходимо установить тесный контакт с родителями в виде ежедневных бесед при приходе детей в группу. Если родители сами не могут приводить ребенка, этот контакт устанавливают путем посещения врачом или логопедом ребенка на дому.

Власова *Н.А,* Заикание / Под ред. Н.А. Власовой, К.-П. Беккера. — М., 1983. — С. 100—101; 106— 126.

Г.А. Волкова

Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников

ЗНАЧЕНИЕ ИГРЫ В РАЗВИТИИ ДОШКОЛЬНИКА

Игра как ведущая деятельность детей отличается рядом особенностей. Возникнув в раннем детстве на основе подражания и манипулятивных действий с предметами, она на протяжении дошкольного периода становится для ребенка формой активного творческого отражения окружающей его жизни. Игра, как и всякая другая человеческая деятельность, имеет общественный характер. Она осуществляется посредством комплексных действий, в которые включается речь. Воспроизводя в действиях и речи жизнь взрослых людей, ребенок эмоционально отзывается на нее, он оперирует знаниями, уточняет и обогащает их, в силу чего игра способствует развитию его познавательных и нравственных сил.

В развернутой форме игра — это коллективная деятельность, в Которой дети осваивают социальный опыт человеческих отношений. Усвоение этого опыта происходит через развитие у них самостоятельности, активности, инициативы, организаторских навыков. Использование игры в педагогических целях лишь усиливает социальный аспект данной деятельности.

В играх рано проявляются некоторые индивидуальные типологические особенности детей. Об этом свидетельствует появление в детской среде вожаков, специфичное поведение застенчивых, малообщительных детей. Известно, что разные дети развиваются не только разными темпами, но и проходят через индивидуальные различные ступени развития. Учитывать эти особенности онтогенеза позволяет игровая деятельность.

В игровой деятельности формируется умение управлять своим поведением через освоение в процессе игр правил, выработанных взрослыми. Следовательно, игровая деятельность становится средством воспитания детей под влиянием целенаправленного, преднамеренного руководства. Это свойство игровой деятельности позволяет использовать ее и в коррек-ционной работе *с* заикающимися детьми. В процессе игровой деятельности естественно, тонко и ненавязчиво воспитывается поведение заикающихся детей и корригируется их речевая функция. Исправляется не речевое нарушение само по себе, а воспитывается речевая деятельность в структуре игровой деятельности и в связи с ней. Речевая деятельность как совокупность процессов говорения и понимания является основой, сущностью коммуникативно-общественной деятельности, которая включает все формы опосредованного взаимодействия людей — вербальную форму, жесты, мимику, пантомимические движения, голосовые реакции и др.

Чтобы использовать игровую деятельность в коррекцион-ных целях, необходимо дифференцированное изучение поведения заикающихся детей в играх.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ЗАИКАЮЩИХСЯ ДЕТЕЙ В ИГРАХ

У заикающихся детей разного возраста имеется неоднозначное отношение к коллективу играющих.

Заикающиеся дети 4—5 лет предпочитают игры подгруппами из 2—3 человек, но каждый играет по-своему, забывая о товарищах. Им свойственны черты поведения в играх, присущие хорошо говорящим детям младшего возраста. В коллективных играх они выполняют второстепенные роли с однотипными действиями: шофер ведет машину, кассир молча отрывает билеты, няня кормит детей и т. д. Дети редко вступают в конфликты из-за ролей и сами их не распределяют. Обычно заикающемуся ребенку этого возраста сверстники предлагают роль, с которой он, по их мнению, должен справиться. Заикающиеся дети, играющие одни, рядом с коллективом нормально говорящих детей, вовлеченные в их игру, не всегда могут играть продолжительно и до конца.

Среди заикающихся детей 5—6 лет примерно одна треть может участвовать в коллективной игре, одна треть — в играх подгруппами в один-два человека и несколько больше одной трети детей любят играть в одиночестве, что свидетельствует о существенном влиянии заикания. Хорошо говорящие дети этого возраста играют 50—60 минут, игра у них развивается по достаточно сложным сюжетам, в ней принимают участие большое количество детей. Заикающиеся дети могут играть в одну игру от нескольких минут до 20 минут, в их игре преобладает процессуальная сторона, дети плохо отделяют правила игры от конкретных игровых ситуаций.

Отношение к коллективу играющих сверстников у заикающихся детей 6—7 лет определяется накоплением жизненного опыта, появлением новых и относительно более устойчивых интересов, развитием воображения и мышления. Их игры более содержательны, разнообразны по сюжету и форме исполнения. В коллективной игре и играх подгруппами участвует подавляющее большинство

детей, но почти пятая часть детей предпочитает играть в одиночестве. Это замкнутые, несколько пассивные дети, они плохо выдерживают длительное пребывание в коллективе и в общих играх, лучше работают в однообразных условиях, быстро усваивая стереотипы движений и речевого сопровождения.

Для заикающихся детей 4—7 лет показательна несфор-мированность навыка коллективного общения и отношения к коллективу играющих сверстников. Эти особенности обусловливают недоразвитие **общественного поведения** заикающихся детей. Известно, что общественное поведение присуще уже детям преддошкольного возраста в так называемых играх рядом. И эта ранняя ступень общественного поведения свойственна заикающимся детям 4—7 лет. Среди них малочисленны объединения по игровым интересам, нехарактерны устойчивые играющие коллективы на основе дружбы и симпатии друг к другу. Заикающиеся дети отличаются бедностью игровых замыслов, дйффузностъю играющих групп, несформированностью игровых умений.

Поскольку у заикающихся детей имеются трудности в усвоении различных форм общественного поведения, постольку в их среде не проявляется соответствующая возрасту **игровая активность.** Исследование игровой активности заикающегося ребенка проводится в динамике как логопедом, так и воспитателем. Выясняются помимо этого особенности игр детей в домашних условиях. И если в начале кор-рекционного воспитания логопед определяет принадлежность каждого ребенка к одной из четырех клинических групп, то в результате динамического психолого-педагогического исследования он устанавливает степень игровой активности заикающегося. Клиническая картина заикания уточняется, пополняется, а учет степени игровой активности позволяет логопеду целенаправленно создавать устойчивые играющие коллективы заикающихся детей. Это способствует воспитанию у них общественного поведения и в целом социальной реабилитации.

В результате исследования игровой активности заикающегося ребенка определяется его принадлежность к одной из следующих групп:

Группа А — дети способны сами предложить тему игры и

принять ее от сверстников, распределить роли и согласиться пароль, предложенную товарищем. Они активно участвуют в приготовлении игрового места, вносят предложения по сюжету, согласовывают свои замыслы с действиями сверстников, выполняют правила и требуют их выполнения от участников игры.

Группа Б — дети умеют предложить тему игры, распределить роли, дать указания в ходе подготовки игрового места, иногда конфликтуя при этом с детьми. В процессе игры они навязывают играющим свой сюжет, не умеют и не хотят согласовывать свои действия с замыслами других участников игры, нарушают ее правила.

Группа В — дети принимают тему игры и роль от товарищей, активно со всеми готовят игровое место, по ходу игры высказываются редко, свою деятельность согласовывают с замыслом товарищей, выслушивая от них пожелания по поводу исполнения роли. Правила игры дети выполняют, своих правил не устанавливают и не требуют исполнения правил от играющих товарищей.

Группа Г — дети способны играть, только принимая тему и роль от сверстников или взрослого, игровое место готовят по указанию более активных участников игры или с помощью взрослого; предложения по сюжету высказывают, действия с замыслом играющих согласовывают только по совету более активных детей. Правила игры соблюдают под контролем взрослого или играющих; отмечается пассивность.

Группа Д — дети редко участвуют в игре сами, затрудняются входить в игру даже после предложения темы и роли товарищем или взрослым. По подсказке других готовят игровое место и в ходе игры выполняют действия и правила, предложенные играющим; выраженная пассивность, полное подчинение решениям товарищей.

Естественно, что логопед, целенаправленно используя игровую деятельность, постепенно способствует переходу заикающихся детей из групп Д, Г, В в группы А, Б. Иногда поведение заикающихся детей нормализуется успешно уже в начале — середине коррекционного курса, особенно у детей I и II клинических групп. Довольно часто эти дети обладают высокой степенью игровой активности и распределяются в группы А, Б, В. Именно на них ориентируются логопед и воспитатель при создании устойчивых игровых коллективов. Дети из III, IV клинических групп имеют низкий уровень игровой активности, относятся в группы Г, Д. Они требуют длительного психолого-педагогического воздействия, осторожного и продуманного развития их игровой

активности, но не всегда успешно осуществляется их продвижение, и не все дети из III и IV групп достигают высокой степени игровой активности.

Развитие игровой активности заикающихся детей, перевоспитание особенностей личности и поведения, воспитание речи и в целом устранение заикания осуществляется через систему разнообразных игр, составляющих методику игровой деятельности.

Остановимся кратко на характеристике игр и их положительном влиянии на заикающегося ребенка.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДОВ ИГР

Дидактические игры

Разнообразные дидактические игры на развитие слуха, дыхания, голоса, звукоподражания, игры с разборными игрушками: матрешками, бочонками, пирамидами, шарами, башенками с кольцами, домино, лото, игры с куклами и т. д. — развивают зрительное и слуховое восприятие, внимание, мелкую моторику, подражательность, произвольную память и на простом речевом материале знакомят детей с разными образцами речи, данными логопедом. Дидактические игры с четкими, строго упорядоченными правилами и действиями ставят всех заикающихся детей в равное положение, что способствует воспитанию у них дисциплинированности, собранности, выдержки. Выбор водящего, сначала с помощью логопеда, а затем самостоятельно, приучает детей к спокойному нача-лу игры, правильному ее развитию и окончанию. В дидактических играх наибольшее значение приобретает образец речи логопеда. Неизменность данных логопедом речевых стереотипов способствует в начале курса занятий спокойному общению детей. Отсутствие вследствие этого задержки в речи не нарушает течения игры. По мере усвоения активного поведения и правильной речи дети все реже пользуются готовыми речевыми стереотипами, поскольку самостоятельная организация игры требует от них и самостоятельных форм общения. Дидактические игры, несущие скрытую педагогическую цель'— сформировать у детей правильную речь, одновременно дают им определенные знания, обогащают словарный запас, совершенствуют грамматический строй речи, психические процессы, и прежде всего познавательные. Так, в играх с народными дидактическими игрушками развивается восприятие цвета, величины, формы предметов. Целый ряд игр направлен на развитие сообразительности. В играх с картинками дети классифицируют предметы и явления, что развивает связанные с этим умственные действия, операции обобщения и сравнения и т. д.

Игры с пением

Для заикающихся детей полезны игры с пением — хороводы и игры-инсценировки. В них широко используются плясовые, хороводные мелодии с ярким мелодическим началом и простой песенно-ритмической основой. В этих играх у детей развивается умение владеть своим телом, соот-носить темп и ритм движений с темпом и ритмом музыки, выразительность движений — с характером музыкального сопровождения. Воспитание указанных умений положительно влияет на речь. Игры с пением развивают у детей произвольное поведение, нормализуют переключаемостъ процессов возбуждения и особенно торможения, поскольку движение организуется в соответствии с музыкой во времени и в пространстве. При исполнении роли ребенку необходимо отобрать нужный «запас» движений, своевременно их применить, затормозить ненужные в данный момент. Это спо собствует воспитанию находчивости, инициативы, воли и умению планировать ряд последовательных движений.

Кроме этого, игры с пением развивают внимание (необходимо слушать мелодию, выдерживать паузы, вовремя вступать в игру, менять движение и пр.), чувство коллективизма, ответственности за общую игру; совершенствуют просодические компоненты речи; способствуют уже в начале курса использованию творческих элементов в играх.

Подвижные игры

С заикающимися детьми проводятся игры средней и малой подвижности, чтобы не нарушать у детей темпа дыхания и речи. Мы выделяем подвижные игры с простыми движениями, подвижные игры с сюжетом и спортивно-развлеватель-ные. В играх с простыми движениями с мячом, обручем, лентой, флажками дети передают общий характер движений, реагируют на одни сигналы и удерживаются от других, координируют движения рук, ног, сочетают движения с речью. Подвижные игры с сюжетом могут быть с равноправными участниками и с отношениями управления-подчинения. В первом случае каждый заикающийся вносит посильную долю в общую игру, во втором — требования к поведению каждого играющего повышаются, выявляя у детей организаторские качества. Подвижные игры спортивно-развлекательного характера (кегли, бабки, игры с мячом, шарами) проводятся для

закрепления активного поведения и речи, они способствуют свободному общению детей и вне игровой деятельности.

Все подвижные игры с правилами воспитывают у детей организующее поведение, самостоятельность, инициативу, выдержку, решительность, чувство товарищества. Под воздействием логопеда, отмечающего, кто как играет, кто помогает другому, а кто стремится выиграть только сам, у детей появляется понимание роли организатора игр, стремление к повышению своей игровой активности. Дети соблюдают правила игры, сознательно их изменяют, дополняют, стараются справедливо распределять роли, быть выдержанными и объективными при оценке результатов игры и игровом поведении товарищей. В силу этого подвижные игры с правилами положительно влияют на личность заикающегося, способствуя мягкой коррекции ее отклонений.

Игры-драматизации

В играх-драматизациях (стихотворного текста, прозы, настольный, пальчиковый театр) слово связано с действиями персонажей, а рисованием, конструированием декораций, с целенаправленной сценической атрибутикой.

В данных играх разыгрываются готовые тексты. Поэтому логопед отбирает из произведений детской литературы тексты, имеющие воспитательную ценность, отличающиеся динамизмом, насыщенностью, глагольной лексикой, четкой последовательностью событий и действий, художественной выразительностью языка, простотой построения фразы. Дети участвуют вначале в хоровой драматизации, затем переходят к индивидуальному проговариванию роли с помощью логопеда и самостоятельно.

Игры-драматизации воспитывают у детей выразительность движений и речи, воображение, фантазию, творческую самодеятельность, организаторские, режиссерские качества. Они способствуют коррекции личностных особенностей заикающихся, положительно влияют на детей III и IV клинических групп, повышая их игровую активность. Совершенствуются внимание детей, зрительная ориентировочная реакция на собеседника, подражательность как основа самостоятельности.

Игры-драматизации стихотворений и прозы дают сюжеты для игр настольного, кукольного и пальчикового театров. Они готовят детей к развернутому, связному и последовательному изложению мыслей, упорядочивают их речевую деятельность, способствуют возникновению на их основе творческих игр.

Творческие игры

Творческие игры отражают высокий уровень самостоятельности и самоорганизации детей в деятельности. У заикающихся детей эти качества воспитываются вначале в творческих играх по предложению логопеда (взрослого), затем по замыслу самих детей.

Главным моментом творческой игры является выполнение роли. Ребенок создает образ действиями, словом в процессе общения с другими участниками игры. Поэтому творческие игры формируют у заикающихся детей умение цы поднять., .правила поведения в той или иной взятой на себя роли и вне ее, соблюдать требования партнерства, разрешать возникающие конфликты.

Творческие игры обогащают социальный опыт заикающихся детей, способствуют воспитанию и развитию у них активного поведения, самоорганизации в любой деятельности, и прежде всего в речевой.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ **ИГРОВОЙ** ДЕЯТЕЛЬНОСТИ **В УСТРАНЕНИИ ЗАИКАНИЯ**

В коррекционно-воспитательной работе с заикающимися детьми все игры используются с учетом ряда принципов.

1) В лервую очередь реализуется принцип деятельнос ти. Каждую игру следует считать деятельностью, а систе му игр рассматривать как совокупность разных деятельностей, связанных между собой. Отсюда игра всегда пред полагает выбор темы, сговор детей на игру, распределение ролей, начало, развитие, завершение игры и оценку пове дения детей. Такое поним'ание игры позволит логопедам не смешивать игровое упражнение (с мячом, с проговариванием стихотворения под движения и т. п.) и игру как деятельность.

2) Принципы систематичности, последовательности и уче

та возраста позволяют распределить игры в определенной сис теме с выделением наиболее значимых для каждого возраста видов игр. Последовательность развития игры на логопедичес ких занятиях у заикающихся детей иная, чем у их правильно говорящих сверстников. Если у хорошо говорящих детей взрос лый, используя игру как средство воспитания, опирается в пер вую очередь на творческие игры детей, то в коррекционном курсе игра проходит иной путь: от игр с готовым содержанием и данными в них правилами к играм творческим. Такая после довательность использования игр позволяет учитывать клини ческую картину заикания, особенности поведения детей и со здает условия для развития у заикающихся детей самооргани зации и активности в поведении и речи.

Ведущее место в работе с заикающимися детьми 4—5 лет на протяжении всего коррекционного курса занимают игры с пением (хороводы). Они проводятся на каждом занятии и оказывают благотворное влияние на нерешительных, замкнутых детей III и IV групп позволяют привыкнуть к логопеду, к товарищам по занятиям, к коллективным требованиям, так как от детей в этих играх не требуется активного поведения. Дети I и II групп быстрее других, усвоив навыки облегченных форм речи (сопряженной и отраженной), становятся водящими. Излишняя несдержанность их поведения, двигательное беспокойство тормозятся общим спокойным характером игры и необходимыми по ходу песни движениями, такими, как ходьба, плавные повороты туловищем, наклоны вперед и в стороны, поднятие рук вверх, опускание их вниз или на пояс и т. п. После объяснения логопеда о помощи друг другу в совместных играх дети I и II групп стараются не торопиться, подождать более медлительного товарища по игре. В свою очередь, дети III и IV групп становятся активнее в движениях, смелее при исполнении роли, поскольку видят свое равное положение со всеми.

Развитие игровой активности продолжается в процессе подвижных игр с правилами, которые по значимости их для заикающихся детей 4—5 лет стоят на втором месте. Детям этого возраста с трудом удаются игры в мяч, поэтому в играх для развития движений рекомендуются ленты, флажки, цветы, обручи. Подвижные игры с сюжетом проводятся уже при воспитании сопряженно-отраженного произношения. Объяснив правила игры, логопед сам назначает ведущего и вместе с ним проговаривает текст, дети выполняют движения. Меняя ведущих, логопед проговаривает материал игры со всеми детьми поочередно. В это время проводится одна подвижная игра на два занятия, так как основное число детей III и IV групп еще не могут активно участвовать в них, а дети I и II групп резко повышают двигательную активность. Их поведение дисциплинируется тем, что логопед вместе с ними выбирают ведущего или водящего в играх считалкой: кто выйдет первым, тот и водит, и возбудимому, чрезмерно требовательному ребенку приходится подчиниться правилам игры. Соблюдение правил с помощью логопеда сдерживает эгоистическое стремление детей-лидеров всегда быть первыми и поощряет менее активных детей.

Дидактические игры в системе занятий с заикающимися детьми 4—5 лет занимают третье место и используются не только для воспитания игрового поведения, но и для коррекции нарушений звукопроизношения. Иногда с устранением нарушений звукопроизношения нормализуется речь ребенка в целом.

Большинство дидактических игр проводится за столом: дети спокойно сидят, выполняют мелкие движения пальцами, кистью руки, говорят вместе с логопедом по поводу осуществляемой деятельности. Это успокаивает возбудимых и раздражительных детей I группы, а детей заторможенных (IV группы) можно активизировать в поведении более частым назначением их ведущими, поручениями принести, подать, собрать, раздать детям игру. Дети II группы быстро усваивают четкость и определенность правил и речевые стереотипы, которые способствуют точному выражению мыслей и очищают их речь от ненужных слов (эмболофразий). Дети этой группы положительно влияют на остальных своей заинтересованностью, справедливым отношением к играющим. С ними лучше контактируют дети III и IV групп: садятся рядом, становятся в пары, охотнее выполняют задания, исходящие от них.

В то же время если с детьми I группы в других играх возникают конфликтные ситуации из-за их нетерпеливости, выраженной активности, проявляющихся иногда в резкой форме, то в дидактических играх остальные заикающиеся дети повышают свою игровую активность и могут

самостоятельно разрешить конфликтную ситуацию. Дидактические игры для заикающихся детей среднего дошкольного возраста приобщают их к коллективной деятельности.

Наряду с выделенными играми — игры с пением (хороводы), подвижные игры с правилами, дидактические игры — на занятиях с заикающимися детьми 4—5 лет используются игры-драматизации стихотворений, прозы, игры в настольный и кукольный театры, творческие игры по предложению логопеда и затем творческие игры по замыслу детей.

Раскрывая общую направленность игровой деятельности заикающихся детей 5—6 лет, мы не будем более останавливаться на значении дифференцированного подхода, в зависимости от особенностей их поведения, что уже было показано при анализе игровой деятельности заикающихся детей 4—5 лет.

Для заикающихся детей 5—6 лет ведущее место занимают **игры-драматизации стихотворного текста.** Дети этого возраста могут достаточно большие по объему стихи, отрывки из произведений. Их игровая активность развивается по мере усвоения ими ролей в различных инсценировках: от второстепенных к главным, а также в процессе подготовки игрового места: атрибутики, декораций, масок и т. п.

Второе место в системе занятий для данной возрастной группы занимают **игры с пением — инсценировки.** Задача использования их иная, чем игр с пением — хороводов с детьми 4—5 лет. У детей 5—6 лет появляется критичное отношение к своей речи, что ведет к усилению судорожности и снижению игровой активности. Участие в инсценировках с пением помогает детям произвольно выполнять движения, владеть собой и своим телом, общаться в коллективе, а песенный речитатив нормализует речь.

На третьем месте находятся **дидактические и подвижные игры с правилами.** Они используются на всех этапах работы с детьми, усложняясь по темам и содержанию, в зависимости от речевых и поведенческих их возможностей.

Если в предшествующих возрастных группах устранение заикания у детей осуществляется посредством игровой деятельности и внутри этой деятельности с определенным временным запасом, позволяющим затем после устранения заикания уделить достаточное внимание подготовке детей к школе, то в возрасте 6—7 лет коррекция заикания обусловлена в первую очередь необходимостью обучения детей в школе в скором будущем.

Поэтому в системе игр для детей этого возраста ведущее место занимают дидактические **игры,** удовлетворяющие потребность детей подготовительного к школе возраста в играх-занятиях. На втором месте стоят **подвижные игры с** правилами, с элементами соревнования, которые воспитывают выдержку, умение объективно оценить свое поведение и результат игры. Большее значение приобретают в этих играх личные качества детей, нежели их речь, поэтому естественно перевоспитывается отношение детей к имеющемуся заиканию.

Игры-драматизации, занимающие третье место в системе игр, формируют у детей умение быть в коллективе и общаться в нем, что облегчается готовыми текстами. Стремление детей данного возраста к самостоятельности наиболее полно удовлетворяется в играх-драматизациях прозы и творческих играх, отражающих школьную тематику. Эти игры готовят детей к общению в сложных ситуациях с повышенными требованиями к речи: в классном и школьном коллективе, в конфликтных ситуациях со сверстниками, в общении с незнакомыми людьми и т. п.

3) Принцип учета индивидуальных особенностей заикающихся позволяет использовать игры таким образом, чтобы нормализовались моторные функции заикающихся детей, развивались их общительность, подражательность, повышалась игровая активность и т. п.

Например, в зависимости от состояния моторики логопед дифференцированно подбирает подвижные игры. С детьми, не владеющими мячом, он проводит игры с простыми движениями, в которых дети катают мяч по полу, передают соседу через круг, затем катят мяч одной ногой и прыгают на другой и т. п. В игры вводится элемент соревнования («Кто быстрее?», «Кто ловкий?>>, «Кто первый?»), что создает возможность оценить свой результат через оценку деятельности товарища.

Логопед продумывает окончание подвижной игры, чтобы осуществить плавный переход от состояния активности к состоянию покоя, при котором нормализуется ритм дыхания и сердечной деятельности, постепенно снижается нервное возбуждение. Например, для заторможенных, необщительных детей, с преимущественно тоническим заиканием средней и тяжелой степени (IV клиническая группа), с низкой игровой активностью (группа Д) логопед подбирает игры, повышающие жизненный тонус детей, активизирующие деятельность. Для детей с обилием

сопутствующих движений логопед отбирает подвижные игры, развивающие и укрепляющие отдельные группы мышц. В этих играх целенаправленное выполнение требуемого движения исключает другие, случайные. Детям с преимущественно клоническим заиканием легкой и средней степени, отличающимися повышенным эмоциональным возбуждением (II клиническая группа) и достаточным уровнем игровой активности (группа Б), полезны игры со спокойной ходьбой (на носках, пятках, на внешней и внутренней поверхностях стопы, с перестроениями по одному в шеренгу, колонну, по два и т. п.).

Индивидуальный подход осуществляется и при развитии у детей подражательности. Вначале логопед с помощью дидактических игр «Ктовнимательней?», «Обезьянка», «Сделай, как я» и др. выявляет детей с полным и творческим подражанием и через них проводит требования соблюдения правил в играх, задания, поручения. Дети охотнее подражают своим сверстникам, чем взрослым, и быстрее усваивают необходимые умения при проведении игр. Они становятся лидерами в отдельных играющих группах. С другими детьми логопед нужное действие закрепляет в нескольких однотипных играх (например, на развитие слухового и зрительного внимания, памяти), а затем создает такие условия, чтобы нужное действие дети повторили самостоятельно: предлагает игровой материал, выкладывает его в последовательности совершаемых действий, подсказывает сюжет игры и т. д.

Учитывая степень общительности каждого ребенка, логопед в начале коррекционного курса назначает водящим, дежурным на занятии не того, у кого меньше судорог в речи, а того, кто хорошо контактирует с детьми, может предложить игру, организовать сверстников на оформление игрового уголка, подбор атрибутов для игры и т. п. При этом логопед учитывает неигровые привязанности и симпатии детей, так как положение заикающегося ребенка в играх зависит прежде всего от его личностных качеств, а не от степени выраженности судорог. Знание дружеских отношений между детьми помогает созданию коллектива играющих.

Необщительных детей логопед привлекает к деятельности постепенно: предлагает детям назначить такого ребенка помощником дежурного; в играх с пением с ним поет логопед или кто-либо из активных детей; в играх-драматизаци-ях стихотворений ребенок выполняет действия вместе с другими и слова роли говорит с одним-двумя детьми; в играх с однотипными действиями такой ребенок уже участвует самостоятельно, — например, в роли зайки, стоя в кругу, под пение детей выполняет требуемые движения; в творческой игре о космонавтах показывает движениями состояние не весомости в группе детей, затем в паре и самостоятельно; в подвижной игре с правилами также сначала участвует в коллективных действиях, — например, в игре «Волк и гуси» вместе со всеми перебегает к пастуху, спасаясь от волка, затем помогает пастуху пасти и звать домой гусей или помогает волку ловить гусей, и после многократного повторения игры логопед предлагает ребенку роль волка или пастуха.

Развитию общительности служит анализ игр, планируемых логопедом для занятия. Зная состав детей в группе, логопед определяет в каждой игре активности роли, которая зависит от количества ее связей с другими ролями (чем меньше связей, тем ниже активность), и характер взаимоотношений, возникающий между детьми при исполнении роли. Например, логопед выделяет в играх самую активную роль (учитель в классе, воспитатель в детском саду, командир корабля, продавец в магазине и т. д.) и намечает на эту роль общительного ребенка, с высокой игровой активностью, а в помощь ему — того ребенка, которого надо активизировать в поведении. И логопед выделяет с этой целью такие роли, как староста в классе, няня в детском саду, помощник командира на корабле, кассир в магазине. По ходе игры логопед может изменить ситуацию: «Заболел командир корабля в дальнем походе — корабль поведет помощник командира», если видит, что ребенок справится с более активной ролью. Если ребенок испытывает трудности при исполнении роли или остальные дети группы делают ему много замечаний по ходу игры («Так командир не говорит», «А ты не заметил сигнала маяка» и т. п.), то логопед может вновь изменить игровую ситуацию: «На самолете прилетел опытный врач и вылечил командира», «Корабль сделал остановку в иностранном порту» и т. д. Для себя логопед отмечает, что этому ребенку надо еще исполнить несколько ролей в качестве помощника другому ребенку. Анализируя игры для будущего занятия, логопед выделяет в них и пассивные роли: ученики в классе, дети в детском саду, матросы на корабле, покупатели в магазине. Это необходимо делать в начале коррекционного курса. Контингент детей в группе может быть таким, что все сначала будут исполнять пассивные роли, а лишь логопед — активную роль. Кроме того, такие массовые роли в играх надо выделять для повторения игр во второй половине дня *с* воспитателем. Под его руководством дети всей групповой исполняют, например, роли покупателей в магазине: вьхби-рают игрушки, приносят их воспитателю, рассматривают их вместе с ним. В этой ситуации все

участники равноправны, между ними возникают отношения партнерства. В роли кассира выступает воспитатель: между ним и покупателями устанавливаются отношения управления-подчинения. Дети учатся общению между покупателями и кассиром. Затем назначаются дети на роли кассиров в несколько отделов: отдел мягкой игрушки, отдел резиновой игрушки, отдел кукол, машин и т. д. Отношения управления-подчинения возникают уже между самими детьми, и управляющий (кассир) руководит игровым действием. Далее можно выбрать заведующего отделом игрушки, директора магазина, директора фабрики игрушек и т. д., т. е. постепенно увеличивать количество связей между ролями, тем самым повышая активность роли, и усложнять сюжет игры, в которой заикающийся ребенок общается уже с несколькими действующими лицами, выполняет разные действия и учитывает ответные действия партнеров.

С развитием общительности у заикающихся детей повышается игровая активность, и критерием оценки поведения детей в играх служат складывающиеся между ними отношения. Если дети самостоятельно организуют игры не только с равноправными участниками, но и такие, в которых есть управляющий и управляемые, и доводят игру до конца с последующей оценкой исполнения ими ролей, то можно говорить о высоком уровне игровой активности детей.

4) Следующий принцип — учет структуры дефекта — реализуется при комплектовании групп детей, а также на первых этапах коррекционной работы. С детьми с тяжелой степенью заикания по необходимости проводятся индивидуальные занятия, облегчающие им включение в незнакомый коллектив. Кроме того, степенью заикания определяется проведение того или иного вида игр. Вначале даются игры с простым речевым материалом и несложными правилами, с жизнеутверждающими мотивами, с сюжетами, в которых добро побеждает зло, они помогают отдельным детям преодолеть чувство страха, неуверенности, робости, вызывают у детей доброе и радостное настроение.

Коррекция нарушений звукопроизношения у заикающихся детей требует дополнительных занятий и проведения специальных игр на развитие мимики лица, речевого прак-сиса. С заикающимися детьми 4—5 лет рекомендуется проводить одновременную работу по устранению заикания и недостатков звукопроизношения. На фронтальных занятиях с детьми, имеющими одинаковые нарушения звукопроизношения, большое внимание в этом возрасте уделяется развитию общих речевых навыков. На индивидуальных занятиях осуществляются постановка звуков, их автоматизация, дифференциация, развивается фонематическое восприятие. Проводятся дидактические игры на определенный звук, на развитие дыхания, голоса, артикуляции, игры с звукоподражаниями и т. д. В работе со звуками соблюдаются требования, необходимые для нормализации речи заикающегося: логопед и ребенок говорят на мягкой атаке голоса, плавно, соблюдая паузы, не нарушая темпа дыхания и речи. На фронтальных занятиях по устранению заикания логопед и воспитатель контролируют произношение детей с нарушенными звуками.

С заикающимися детьми 5—б, 6—7 лет коррекция нарушений звукопроизношения начинается с периода обследования на индивидуальных занятиях и продолжается в течение курса обучения параллельно с фронтальными занятиями. На логопедических и воспитательных занятиях проводится работа не только по нормализации звукопроизношения, но и по развитию лексико-грамматической стороны речи, фонематических процессов (см. цели занятий в конспектах).

5) Принцип поэтапности в воспитании речи определяет структуру и организацию коррекционной работы. Методика игровой деятельности применяется на разных этапах различно: в период обследования логопед использует различные игры для выяснения структуры дефекта, психофизических и личностных особенностей детей, для определения характера их игровой деятельности; в период максимального ограничения речи (режим молчания и шепотной речи) целенаправленно подобранные игры помогают логопеду и воспитателю затормозить неправильные речевые проявления и создать условия для воспитания облегченных форм речи: сопряженной и отраженной. Далее осуществляется переход к вопросо-ответной речи, которая также воспитывается постепенно от полных ответов на вопрос до умения вести диалоги различной сложности. Это создает базу для перехода к самостоятельной речи: подготовленной (пересказ, рассказ) и неподготовленной (речь в творческих играх по замыслу самих детей). Закрепляются навыки активного общения в играх-представлениях, творческих играх с речевым материалом любой сложности, на занятиях по программному материалу, в свободной игровой и неигровой деятельности детей.

6) Использование игровой деятельности в устранении заикания опирается на такие дидактические принципы, как доступность речевого материала в играх, последовательность игр от простых, с готовыми правилами, к творческим, ведущая роль взрослого (логопеда, воспитателя,

родителей). Реализация этих принципов позволяет последовательно усложнять речевой материал, сюжеты и методику проведения игр.

Волкова Г.А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. — М., 1983. — С. 9—22.

Л.З. Арутюпян (Андронова)

Коррекция личности и нормализация функционального состояния в процессе работы над речью

Еще в начале века выдающийся прихотерапевт, создатель психологического способа лечения Д.Г. Неткачев выделил заикание как особый психоневроз и вел работу в двух направлениях: речь и личность.

В настоящее время практически все методики лечения заикания предусматривают необходимость коррекции не только речи, но и личности. Это означает, что вместе с логопедом должны проводить работу психотерапевт и психолог. Некоторые авторы полагают, что в случаях невротического заикания занятия с логопедом могут даже ухудшить результат лечения. Вероятно, здесь идет речь о тех случаях, когда логопеды предлагают приемы, фиксирующие внимание на акте речи (например, вдох перед началом каждой синтагмы)[27]. Но, как показывает опыт, психотерапевты не достигают значительных успехов, если лечат заикание как обычный невроз.

На каком этапе к лечению должен подключаться логопед, психотерапевт и психолог, как они должны взаимодействовать, — этим вопросам до сих пор уделялось недостаточно внимания. Чтобы ответить на них, обратимся вновь к этиологии данного заболевания. Заикание возникает как у детей без невротических проявлений, так и у имеющих невротические реакции. Кроме того, оно может наблюдаться у детей с неврозом развития, психопатией или в отдельных случаях при тяжелом эндогенном заболевании. При определении стратегии действий логопеда и психотерапевта важно отличать невроз как реакцию на заикание, от заикания, протекающего на фоне невроза развития.

В нашей практике обычно работа начинается с медико-педагогического обследования, которое проводится логопедом и психотерапевтом (при наличии диагноза психиатра) и помогает наметить план лечения. Без этого возможны тяжелые ошибки, поскольку заикание иногда маскирует эндогенное заболевание.

Во время медико-педагогического обследования выявляются случаи, когда вмешательство психотерапевта необходимо до начала курса лечения в логопедической группе. При этом следует предупредить пациента, что идет только подготовительная работа к лечению заикания. С остальной группой во время основного курса заниматься должен только логопед, которому следует хорошо знать приемы психотерапии заикания: справляться со страхом речи, навязчивыми мыслями, уловками и т. д. Он должен корригировать поведение, если оно нарушено в связи с заиканием. Безусловно, мы не отрицаем необходимости консультативной помощи психотерапевта во время основного курса лечения, а ставим под сомнение лишь целесообразность лечения заикающихся в психотерапевтической группе параллельно с логопедическими занятиями. Подобная организация работы менее эффективна, так как пациенты ограждают себя от решения своих личностных проблем самим фактом заикания. М.Н. Кроль и Е.П. Михайлова пишут: «Предъявляемая заикающимися проблема настолько остра и очевидна, что самые первые шаги психотерапевта, обычные при ведении невротика: сравнение жалоб и проблем отдельных больных, предоставление им полной самостоятельности в общении, превышение напряжения за счет специально создаваемой неопределенности ситуации и т. д. — оказываются блокированными. Требование работы по нормализации речевого общения для заикающихся естественно, они обращаются за помощью именно для того, чтобы избавиться от трудностей в этой сфере».

Следует отметить, что работа логопеда по нормализации речи открывает значительные возможности коррекции личности. Логопед выполняет по сути работу реставратора, который постепенно как бы расчищает картину от позднейших наслоений и проявляет истинное лицо человека. Изменения личности, связанные с заиканием, обычно уходят вместе с его излечением. Встречается и другое. Например, в случаях, когда заикание сочетается с неврозом развития, через несколько месяцев выясняется, что у заикающегося есть личностные проблемы, которые он сам не способен решить. Их, как правило, не может и не должен решать с ним логопед. Здесь нужен психотерапевт, который призван лечить не заикание-невроз, в невроз у заикающегося человека. Это сразу ставит все на свои места, определяя обязанности каждого во время лечения.

---

[27] С нашей точки зрения, подобные приемы нужно исключить из логопедической практики.

Крайне важен, на наш взгляд, вопрос семейной психотерапии. Если существует невроз-реакция у заикающегося, то безусловно может существовать невроз-реакция на заикание и у членов семьи. Этим должен заниматься психотерапевт во время работы логопеда с группой.

Таким образом, представляется целесообразной следующая организация совместной работы логопеда и психотерапевта:

углубленное обследование больного психотерапевтом, а по возможности и психологом, перед началом лечения;

совместная выработка стратегии лечения;

семейная психотерапия по время основного курса логопедических занятий;

отдельные консультации заикающихся у психотерапевта по просьбе логопеда;

специальные занятия в группе с теми заикающимися, которым после основного логопедического курса нужна психотерапевтическая помощь.

Осуществляя нормализацию речи, логопед одновременно проводит работу по коррекции личности заикающегося, устраняя вторичные психологические наслоения (страх речи, навязчивые мысли и т. д.). Одна из первых задач в этой области — подвести пациентов к пониманию того, что никто не может пройти за них путь к выздоровлению. При всей нашей вере в полное излечение заикания мы не способны передать ее пациентам в готовом виде. Она приобретается только с личным опытом.

Сказанное определяет наши взгляды на использование методов прямого внушения в процессе коррекции речи. Полагаем, что в данном случае оно может оказывать лишь кратковременное действие. Наивно было бы надеяться, что даже повторным внушением можно разрушить устойчивую систему отношений, изменить искаженные представления, которые формировались в течение всей жизни.

Наличие дефекта уже с первых лет ставит заикающегося в особые условия. Нередко семья, школа, окружение способствуют этому. Часто родители не могут скрыть своего беспокойства за здоровье ребенка и тем усиливают его тревожность. И вместо того, чтобы стремиться к расширению круга интересов детей, сужают его до пределов заикания. Нам приходилось сталкиваться и с такими рекомендациями логопедов, когда, например, ребенку запрещается заниматься любимым видом спорта, участвовать в соревнованиях. Подобные меры в конечном итоге не улучшают речь, но заметно фиксируют пациента на дефекте. Мы считаем их неоправданными. Наблюдения показывают, что при любой тяжести моторных проявлений заикания они корригируются значительно легче, если ребенок в социальном плане защищен и в связи с этим менее невротизирован.

В особенно сложном положении заикающиеся дети оказываются в школе, где педагоги, даже не желая этого, выделяют их из коллектива (редко вызывают или предлагают ответить письменно, снижают или завышают оценки и т. п.). В таких условиях одни начинают спекулировать заиканием, у других снижается интерес к занятиям. Некоторые дети испытывают обиду или враждебность, чаще это целая гамма отрицательных переживаний. Но самостоятельно изменить ситуацию они не в силах. Так человек остается один на один со своим страданием, перестает верить в возможность жить как равный среди равных. Нередко формируется система оправданий типа: «Если бы я мог сказать, я бы вам доказал...» Возникает чувство, что окружающие не способны понять его. Он становится «не таким, как все», «хуже других», а на деле — замкнутым, мнительным, подозрительным. Чувствуя боль родителей, дети стремятся своеобразно защитить их, прекращая рассказывать о своих переживаниях. И вот постепенно нарушаются взаимоотношения с самыми близкими для них людьми. А поскольку каждому человеку необходимо общение, многие из заикающихся готовы принять на себя любую роль, ведущую хотя бы к псевдообщению. В результате фиксируется страх речи, а главное — формируется более общий страх, страх перед жизнью. Взамен реального опыта личностного общения вырабатываются приемы психологической защиты, что ведет к неадекватному (заниженному или завышенному) представлению о своих возможностях.

Следует отметить, что многим родители впервые по-настоящему узнают внутренний мир своих детей, когда знакомятся с их дневниками. Они бывают потрясены, увидев, что совсем не представляли, что происходит в душе их ребенка.

Здесь мы не ставим перед собой задачи сколько-нибудь полно рассказать о внутреннем мире заикающегося человека, его личности. Наш краткий анализ нужен для того, чтобы стало понятно: сам факт заикания неизбежно вызывает затянувшееся реактивное состояние и коррекция личности может происходить только вместе и в связи с нормализацией речи.

Для того чтобы пациенты начали постигать, как заикание «строило» их личность, уже в первой беседе мы предлагаем им описать свою жизнь. Богатое воображение пациентов позволяет

воскресить картины прошлых страданий и понять, что заикание действительно руководило многими их поступками. В процессе анализа этого опыта появляется возможность раскрыть сущность «древа заикания», увидеть, как мощно оно разрослось. Мы говорим, что, сколько бы ни обрезалась его крона, впоследствии оно может стать еще более жизнеспособным. Необходимо уничтожить корни. Это требует сознательных шагов самого пациента, понимания предстоящей работы и необходимости значительный усилий.

Заикающийся должен фактически стать «логопедом для самого себя», уметь различить болезнь и здоровье, анализировать положительный и отрицательный опыт, приобрести навыки руководителя группы, во всех ситуациях общения тренируя и воспитывая внутреннее состояние нормально говорящего человека.

Для анализа собственного состояния мы предлагаем пациентам в устной и письменной форме (в виде кратких ответов на вопросы) рассказать о своем самочувствии, затруднениях при общении дома, в школе, на работе, в магазинах и т. д. Обсуждая ответы, члены всей группы все лучше осознают основные составляющие устойчивого патологического состояния, приходят к выводу, что заикание сковывает тело и душу, истощает, мешает свободно и спокойно мыслить. По сути, заикающиеся смотрят на жизнь через «окно страха», поэтому им трудно оценить истинные чувства и отношения к ним людей. На всех уровнях — мышечном, эмоциональном, интеллектуальном — заикание искажает восприятия окружающего мира и мешает гармоническому развитию личности.

Отметим вместе с тем, что лечение заикания вызывает известную дезадаптацию, поломку устоявшихся стереотипов. Заикающиеся считают свой дефект причиной всех бед. От излечения ждут «счастья и свободы», не сознавая, что речевое здоровье не может решить всех жизненных проблем. Лечащиеся должны понять, что заикание не только мешало, но и чем-то помогало становлению их личности, отдельные положительные стороны которой сложились в связи с существованием этого дефекта. Нужно не проклинать его, а формировать новые модели поведения, постепенно вытесняя те, которые уже не нужны.

Нарушенная речь связана с патологическим изменением ФС. Оно включает в себя определенные мышечные ощущения, измененные характеристики дыхания, пульса и пр. Это состояние характеризуется беспокойством, внутренней тревогой во время акта речи (коммуникации). Напротив, нормальное функциональное состояние — такое, когда по поводу акта речи не испытывается ни положительных, ни отрицательных эмоций, — человек как бы «безразличен» к нему. Степень тяжести моторных проявлений находится в прямой зависимости от нарушений ФС. Поэтому работу по коррекции личности целесообразно начинать именно с нормализации функционального состояния пациента во время акта речи.

Формирование нового функционального состояния проводится сразу в трех направлениях (соответственно «триаде заикания»): во-первых, устранение речевых судорог (упражнение с рукой); во-вторых, преодоление желания скрыть дефект (функциональные тренировки); в-третьих, блокирование внутренней тревоги во время акта речи (воспитание «рефлекса спокойствия»). Тем самым, собственно, мы получаем возможность ликвидировать всю симптоматику заикания.

Приемы работы по устранению речевых судорог подробно изложены в главе 3. Заметим только, что они устраняются с первых дней занятий практически у всех заикающихся, что помогает, в частности, заметно снизить уровень своеобразного психологического барьера у тех пациентов, которые идут на очередное лечение с неосознанной целью доказать себе и другим, что они обречены на заикание и оттого несчастны.

Функциональные тренировки (ФТ) давно используются в логопедической практике. В традиционных методиках они обычно начинаются после нескольких недель занятий. Беседы с посторонними, вопросы и ответы проводятся под наблюдением и контролем логопеда. В нашей методике члены группы уже с первых занятий вступают в активный контакт с окружающими, обращаясь к ним с различными вопросами, причем это делается пациентами совершенно самостоятельно в отсутствие логопеда и касается всех эмоционально значимых для них ситуаций.

Проводя ФТ, мы сознательно идем на усложнение условий: в первый день лечения вопросы задаются прохожим на улице, на второй день — в магазинах, общественных местах; на третий, четвертый, пятый дни предусматриваются беседы в бюро по трудоустройству, школах, институтах (с учащимися, преподавателями, директором), выступления перед аудиторией. Таким образом, каждый день заикающиеся должны решать новые, волнующие их задачи.

В первой половине курса лечения используется крайне замедленная равнометричная речь («темп подвига»)[28], затем по мере овладения новым речедвигательным навыком — речь с рукой. Вначале это дается с большим трудом: страшно нарушать общепринятые законы, речевые нормы. Но мы объясняем, что страх речи держится на стремлении «быть как все» при невозможности этого. Есть два выхода: остаться и впредь заикающимся или решиться временно стать «не как все».

Заикающиеся привыкли оберегать себя от отрицательных эмоций. Здесь же перед нами стоит задача — выдержать любую реакцию прохожих на необычную речь. Приобретая чувство независимости, пациент получает возможность сразу выйти из роли заикающегося, как бы сообщить во всеуслышание, что он стал на путь излечения. Уже начало лечения — день дестабилизации изменяет отношение лечащегося к себе и к дефекту. Появляется первое, своим трудом добытое: «Я могу». После чего он с удивлением обнаруживает в себе способность выдержать самую трудную ситуацию. Мы объясняем своим пациентам, что для них крайне важны как реакция прохожих на необычную речь, так и собственные эмоции по этому поводу, поскольку на эмоциональном фоне быстро формируются и фиксируются долгосрочной памятью положительные выводы типа: «Я могу сказать». Причем эти выводы возникают спонтанно вне связи с воспитательными беседами, когда приходится обращаться к сознанию пациента, а оно со своей стороны может наложить на восприятие ряд ограничений и блокировок.

Функциональные тренировки позволяют избавиться от страха речи. Вместе с ним уходят навязчивые мысли и уловки. Появляется уверенность, раскованность, осознание того, что в конечном счете каждый только сам может помочь себе. Такой вывод раньше был недоступен заикающемуся, который как невротик был постоянно зависим и ждал помощи от других.

Иногда у пациентов срабатывает система психологической защиты, которая выражается в поиске самооправдания, как-то: «У меня не такое тяжелое заикание, как у других, поэтому мне не нужен «темп подвига», я смогу говорить и на чуть замедленном темпе»; «Я не хочу пугать бедных прохожих, им очень неприятно слушать мою речь». В этих случаях мы не настаиваем на своем, а даем возможность высказаться, написать о своих сомнениях. Например, даем задание: доказать, что можно обойтись и без замедления речи или замедлить ее немного. Последующее обсуждение наглядно демонстрирует несостоятельность выдвигаемых доводов, и это лучше всяких уговоров убеждает в необходимости выполнения такой работы.

С точки зрения методики важно, чтобы количество вопросов на «темпе подвига» было значительным — не менее 40 в день. Только при этом условии наши пациенты могут адаптироваться к положению пусть не совсем обычных, но не заикающихся людей. Новое состояние становится все более привлекательным, появляется желание беречь и укреплять его. Медленный темп речи не воспринимается уже как насилие, а является внешним проявлением нарождающегося спокойствия. И наконец, когда уменьшается эмоциональное напряжение, уходит страх речи, пациенты неожиданно замечают, что, несмотря на прежний темп, к ним меняется отношение людей. И тут приходит первое прозрение: «Я связан с миром. Отношение людей ко мне зависит от меня самого, от моего состояния и поведения».

Мы убеждены, что длительные беседы и наставления не могли бы дать столько, сколько дает этот трудный собственный опыт.

Последующие занятия направлены на то, чтобы вести пациентов от одного успеха к другому. Д.Г. Неткачев говорил: «Все решают речевые победы». Но теперь мы стали понимать, как можно их реально организовать. Нужно иметь в виду, что после первых мощных функциональных тренировок страх речи настолько ослабевает, что может показаться: его больше нет. Но чаще всего страхи просто притаились, так что, например, «освоив» улицы одного города, заикающиеся могут вновь испытывать страх, переехав в другой город. Не опасаясь вопросов в магазине, они вдруг приходят в волнение, выступая перед школьной аудиторией, и т. д. Поэтому необходимо своевременно объяснить коварство страха и призвать лечащихся *к* наступательному поведению. Не ждать вопросов, а постоянно задавать их, по мере сил расширять круг общения — вот единственная возможность уйти от страха речи.

Регулярные функциональные тренировки позволяют записывать в долговременную память бессудорожную речь во всем эмоциональном диапазоне, начиная от состояния погружения в АТ до

[28] При проведении таких тренировок заикающимся необходимо преодолеть себя, годами формировавшееся стремление скрыть дефект — отсюда и возникающее у них после этого чувство совершенного подвига.

аффективного состояния, возникающего при работе с вопросами на «темпе подвига». Таким образом, решается проблема связи нового речедвигательного навыка с изменяющимся фоновым состоянием. Продолжением этой работы является адаптация нового стереотипа ко всем значимым ситуациям.

Тревога, сопровождающая процесс речи, закрепленная эмоциональной памятью заикающихся, становится настолько привычной, что здесь, по сути, можно говорить о «рефлексе тревоги». Ему необходимо противопоставить «рефлекс спокойствия». Устранение судорог, навязчивых мыслей, речевых страхов в результате первых функциональных тренировок уже существенно изменяет внутреннее состояние пациента. Следующая задача — быстро и прочно эти изменения зафиксировать, вырабатывая в противовес прежнему такое состояние, когда включение в речь и сам речевой процесс становится источником спокойствия.

Обозначим основные моменты этой работы.

После разъясняющих бесед, которые помогают заикающимся осознать целесообразность предлагаемых упражнений, подводим их к желанию отказа от «состояния заикания», моделируя его в гротескной форме[29].

Далее переходим к формированию «рефлекса спокойствия». Нужно иметь в виду, что просьбы и уговоры здесь ничего дать не могут, так как пациенты никогда ранее не испытывали спокойствия в процессе общения, а кроме того, подобное состояние не подконтрольно сознанию. Поэтому мы обращаемся к подсознанию, используя заложенные в человеке универсальные программы.

Так, у всех людей спокойствие связано с мышечным расслаблением, легким удлиненным выдохом (как во сне). Использование этой физиологической особенности позволяет автоматически вызвать у заикающихся чувство спокойствия. Но вначале нужно помочь пациентам ощутить это чувство вне акта речи, так как слово является для них эмо-циогенным фактором.

Личного опыта заикающихся недостаточно для того, чтобы получить доступ к свободе движений, расслаблению, особенно мышц артикуляторного аппарата, к успокаивающему дыханию, непринужденному звукоизвлечению. Все эти навыки вырабатываются с помощью специальных приемов релаксации, техники аутогенной тренировки и т. п. Проводя такую работу, мы формируем не просто моторный, а пер цептуально-моторный навык. Все изменения достигаются и фиксируются на уровне сенсорных ощущений.

Каждый элемент воспитываемого нового навыка нужно доводить до уровня автоматизма, постоянно выходя на обратную связь с пациентом, проверяя полученный результат и только после] этого делая следующий шаг.

Во время тренировок необходимо добиваться большой концентрации внимания, нужна «вся территория мозга» (по терминологии Н.П. Бехтеревой). С этой целью проводятся специальные тренировки по концентрации и переключению внимания, поскольку оно было патологически перераспределено и сосредоточено в основном на акте речи и переживаниях, связанных с ним. Мы говорим, что владеть вниманием значит фактически владеть собой[30].

Когда удается достигнуть нового внутреннего ощущения — расслабления и спокойствия, следует закрепить это состояние и связать его с неким нейтральным сигналом-символом («заякорить»). В дальнейшем с помощью такого сигнала можно при необходимости вызывать комплекс указанных ощущений. Таким сигналом может быть, например, слово «пять».

Следующий шаг — включение непринужденного легкого голосоизвлечения на фоне обретенного спокойствия<...>. Входе соответствующих тренировок при слове «пять» произносятся вначале отдельные звуки, затем слоги, слова, синтагмы. Такие упражнения помогают нам объединить звуко-извлечение с состоянием спокойствия. Затем остается решить главную задачу — ввести это

---

[29] Используя ряд простых упражнений, утрируем мышечное напряжение и обращаем внимание на связанный с ним внутренний дискомфорт. На максимуме неприятных ощущений вызываем реакцию неприятия и фиксируем ее формулой: «Отказываемся!» Состояние мышечной расслабленности, внутреннего комфорта фиксируем словом «Запоминаю!».

[30] Отметим, что при приеме наркотических и других нейрофармаколо-гических средств, угнетающих функцию ретикуляторной формации, нарушается запомжнание нового материала любой модальности, независимо от его сложности и эмоциональной значимости. Это следует учитывать в логопедической практике, где применение подобных медикаментозных средств может препятствовать быстрому и прочному формированию новых навыков.

состояние в спонтанную речь, «пропитать» ее спокойствием, сформировать рефлекс спокойствия взамен рефлекса тревоги. Для этого снова нужен «якорь». В качестве его используются пальцы ведущей руки<...>. Командой, заменяющей слово «пять», в начале синтагмы становится движение первого пальца руки, а в конце синтагмы — расслабление всей кисти. Эти движения тщательно отрабатываются при формирований нового рече-двигательного навыка. Сначала специальными упражнениями мы обучаем руку, а затем движения руки не только диктуют ритмико-интонационный рисунок фраейл, но и вызывают состояние спокойствия.

Большая часть работы по коррекции речи и нормализации ФС проводится на фоне мышечной релаксации. Только снятие характерных для заикающихся мышечных зажимов позволяет достигнуть положительного результата. Один из психотерапевтов метко определял хроническое мышечное напряжение как «мышечную броню» и утверждай, что, когда напрягаются мышцы, притупляются чувства. Тот, кто сможет сломать броню, сумеет изменить структуру характера.

Повысить самооценку, вывести на общение помогает коррекция просодической стороны речи. Занятия танцами, пантомимой, голосом освобождают движения, раскрепощают. Новое звучание голоса с использованием опоры, грудного и головного резонаторов, выражая волю и уверенность, безусловно оказывает влияние на становление личности. Другой голос — это другой человек.

По ежедневным самоотчетам можно проследить изменение внутреннего состояния пациентов, когда тревога, страхи все более вытесняются спокойствием, уравновешенностью, верой в себя при разных ситуациях речевого общения. В моторно-поведенческих реакциях исчезают тремор рук, избыточное мускульное напряжение, амимичность и пр. Оказываясь после лечения в эмоционально значимых ситуациях (экзамен, выступление перед аудиторией и т. п.), они, как правило, отмечают улучшение концентрации внимания, памяти. Более адекватно воспринимается поступающая извне информация. Вместе с изменением ФС изменяются и характеристики речевой деятельности, в частности темпа артикулирования (что очень наглядно проявляется у лиц возбудимого типа). При нормализации ФС увеличивается латентный период реакции на реплику собеседника. В устных высказываниях почти не отмечается ошибок синтаксического согласования языковых единиц и парафазии, которые прежде, в состоянии заикания, часто не осознавались и не корригировались. Исчезает однообразие окраски речи, становится более отчетливым ее психологический подтекст.

Таким образом, за довольно короткий срок основного курса удается решить один из главных вопросов лечения заикания - в корне изменить отношение пациента к речевому процессу. Он освобождается от эмоциональной напряженности, вызываемой желанием скрыть дефект, мыслью «как сказать». Исчезает тревожность во время речи, сам речевой акт связывается с расслаблением и спокойствием. Появляется возможность видеть, слышать, думать как нормально говорящий человек. Происходит действительный «отрыв» от заикания, создаются условия для изменения системы ношений личности с окружающими, появляется реальная основа устойчивой нормализации речи и полноценного общения.

Арутюнян (Андронова) Л.З. Как лечить заикание. Методика устойчивой нормализации речи. — м., 1993. - С. 75-85.

В.И. Селиверстов

Современный комплексный **лечебно-педагогический подход к преодолению заикания**

Становлению современного комплексного подхода к преодолению заикания предшествовала разработка ряда различных методов и путей преодоления этого заболевания. Многочисленность, а иногда и недостаточная эффективность этих методов объясняются сложностью и многообразием проявлений самого заикания и уровнем знаний о его природе.

При анализе существующих методов преодоления заикания нам представляется целесообразным рассматривать их в зависимости от характера рекомендуемых средств воздействия на заикающегося — медицинского или педагогического. В одном случае это лечебные меры (терапевтические, хирургические, ортопедические, психотерапевтические), в другом — меры воспитания и обучения (дидактические приемы) и, наконец, в третьем — различные сочетания лечебного и педагогического воздействия.

Терапевтические средства для преодоления заикания применялись в разной степени и формах во все времена, начиная с древнейших (Гиппократ, Аристотель, Цельс, Гален, Авиценна, Меркуриалис, Кленке, Лихтингер и др.). Как правило, терапевтические средства не являлись исчерпывающими в лечении заикания, а лишь в той или иной степени дополняли его. Хирургический метод лечения заикания применялся с I в. н. э. до середины XIX в., пока окончательно не утвердилось мнение о его бесполезности и опасности использования (Ан-тилл, Эгинский, Фабриций, Дионис, Диффенбах, Пети, Бонне и др.). Хирургический метод появился в результате понимания заикания как следствия патологического строения артикуляционного аппарата или недостаточной иннервации мышц языка. Неэффективность этого метода и, главное, возникновение нового этапа в понимании патогенеза заикания как невротического расстройства положили конец использованию хирургического вмешательства при заикании.

В литературе по вопросам преодоления заикания встречаются также многочисленные указания на необходимость использования облегчающих и корригирующих речь ортопедических средств и различных двигательных упражнений. Использование механических приспособлений с ортопедической целью восходит еще к Демосфену, который, по описанию Плутарха, успешно применял для лечения собственного заикания инородные предметы (морские камешки), держа их под языком во время речевых упражнений. Впоследствии специалисты применяли при лечении заикания различные механические приспособления: язычную вилку; язычный нажиматель и распорку для губ; накладки на оба ряда зубов; деревянную пластинку в форме дуги под язык; скобу из китового уса на нижние зубы и т. д.

Ортопедические приспособления, однако, не имели самостоятельного значения в лечении заикания и рекомендовались как дополнительные средства.

Лечение заикания, как собственно и любого заболевания, немыслимо рассматривать без учета оздоровляющего воздействия личности врача на больного, бесед с ним о сущности заболевания и путях его преодоления, без создания определенных условий для благоприятного лечения, поддержания веры в его положительный исход, убеждения в необходимости активного участия больного в лечебном процессе и т. д. Следовательно, всем без исключения методам преодоления заикания свойственно было в разной степени направленное психотерапевтическое воздействие на психику заикающихся.

С появлением взглядов на заикание как на невротическое расстройство некоторые авторы стали придавать первостепенное значение в его преодолении психотерапевтическому воздействию (Бертран, Шультусс, Лагузен, Меркель, А. Либман, Д.Г. Неткачев, Фрешельс и др.). Сторонники психологического направления в преодолении заикания видели в нем прежде всего психическое страдание. Поэтому при выборе средств воздействия на заикающегося они прежде всего учитывали влияние этих средств на его психику.

Сторонники только дидактических приемов воспитания правильной речи у заикающегося рекомендовали системы разнообразных и последовательно усложняемых речевых упражнений, охватывающих как отдельные элементы речи, так и *речь в* целом (Соран Эфесский, Целий Аврелиан, Ори-базий, Итар, Ли, Коэн, Денгардт, А. Гуцман, А. Куссмауль, Андрее, Гимиллер и др.).

Изолированное применение мер педагогического или лечебного характера при лечении заикания безусловно обедняло лечебное воздействие на больного. Поэтому независимо от названия метода лечения почти каждый из них включает в разной степени и в разной форме элементы и педагогического, и медицинского характера.

Однако многоплановость корригирующего воздействия на речь заикающегося в прошлом — это обычно довольно примитивное (с современных позиций) стремление соединить разные лечебно-педагогические средства. Это стремление нельзя отождествлять с комплексным методом преодоления заикания, применяемым в настоящее время.

Указания на необходимость комплексного воздействия и серьезные попытки его применения при заикании мы впервые встречаем в трудах отечественных авторов — И.А. Си-корского (1889) и И.К. Хмелевского (1897). И.А. Сикорский в лечение заикания включал: а) гимнастику речи (система упражнений дыхания, голоса, артикуляции, различных форм речи); б) психотерапевтическое лечение (создание соответствующих окружающих больного условий, последовательное усложнение речевых занятий, воздействие на настроение больного и пр.); в) фармацевтическое и динамическое лечение (медикаменты, физиотерапия, двигательные упражнения). Многоплановость лечебного воздействия, по И.А. Сикорскому, впервые стала комплексной системой **преодоления заикания.**

Опираясь на материалистическое учение отечественных физиологов — И.М. Сеченова, И.П. Павлова и их последователей, ученые и специалисты-практики преодолели тенденциозность разработанных ранее приемов устранения заикания, отобрали из них все лучшее, рациональное и определили современный комплексный подход к преодолению заикания. В.А. Гиляровский, М.В. Серебровская, Ю.А. Флоренская, Ф.А. Рау, М.И. Панкин, М.Е. Хватцев, Н.П. Тяпугин, Н.А. Власова, М.С. Лебединский, С.С. Ляпидевский, В.С. Кочергина, В.И. Селиверстов, В.М. Шкловский, Ю.Б Некрасова, А.И. Лубенская, Л.З. Андронова и другие своими исследованиями и практической деятельностью способствовали развитию лечебно-педагогического подхода к преодолению заикания.

Под современным комплексным подходом к преодолению заикания мы понимаем лечебно-педагогическое воздействие на разные стороны психофизического состояния заикающегося разными средствами и разными специалистами.

В комплекс лечебно-педагогических мероприятий для заикающихся детей входят лечебные препараты и процедуры, психотерапия, логопедические занятия, лечебная физкультура и ритмика, воспитательные мероприятия. Цель этих тесно переплетающихся и дополняющих друг друга мероприятий — устранение или ослабление судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики; оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом; избавление ребенка от неправильного отношения к своему речевому дефекту, от психологических наслоений в виде страха, конфузливости за свою неполноценную речь; перевоспитание его личности.

Логопед, как основной специалист по борьбе с дефектами речи, организует содружественную медико-педагогическую работу необходимых специалистов (врачей, воспитателей, ритмиста, инструктора по ЛФК, музыкального работника и др.), использующих свои методы и средства при воздействии на заикающихся. Другими словами, логопед пользуется консультациями и соответствующей помощью разных специалистов в своей коррекционно-воспитательной работе с заикающимися.

Опыт работы с заикающимися позволяет заключить, что весь лечебно-педагогический комплекс по характеру его воздействия условно можно разделить на две составные части: лечебно-оздоровительную и коррекционно-воспитательную. Основной задачей лечебно-оздоровительной работы, которую преимущественно проводит и направляет врач, являются укрепление и оздоровление нервной системы и физического здоровья заикающегося, устранение и лечение отклонений и патологических проявлений в их психофизическом состоянии (ослабление или снятие речевых судорог, расстройств вегетативной нервной системы, нарушений моторики и др.).

Основной задачей коррекционно-воспитательной работы, которую преимущественно проводит и направляет логопед, является устранение речевых дефектов (перевоспитание неправильной речи) и психологических изменений у заикающихся.

Повторим, что лечебно-оздоровительная и коррекционно-воспитательная работа являются составными частями единого комплексно-медико-педагогического воздействия на заикающегося.

Выделение этих частей необходимо для более полного представления сходства и различия отдельных частей комплексного подхода к преодолению заикания.

ЗАДАЧИ И ФОРМЫ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

К лечебно-оздоровительной работе относятся создание благоприятной обстановки для лечения, организация необходимого режима дня и рационального питания, закаливающие процедуры, лечебная физкультура (ЛФК) и ритмика, медикаментозное лечение, физио- и психотерапия.

Лечебная обстановка. И.М. Сеченов указывал, что в научное понимание организма человека и его деятельности должна входить и влияющая на него среда, так как без последней существование организма невозможно. Среде придается решающее значение в формировании и развитии организма, а также и в возникновении и, следовательно, устранении болезненных процессов.

Если мы говорим о необходимости благоприятного окружения для заикающихся детей, то имеем в виду прежде всего создание для них такой внешней среды, такого образа жизни, которые содействовали бы возможно более быстрой нормализации функций организма, в частности высшей нервной деятельности.

Для заикающегося ребенка в условиях специализированного учреждения необходимо создать спокойное и в то же время бодрое, жизнерадостное настроение, отвлечь его внимание от тревожных мыслей о своем дефекте.

На ребенка благотворно влияет хорошо оборудованное помещение, в котором проводятся лечебно-педагогические занятия (соответствующая возрасту удобная мебель, интересные и красочные картины, дидактический материал, плакаты и пр.). Благоустроенность территории специализированных учреждений также способствует успеху лечения.

Работникам этих учреждений важно построить свои отношения с заикающимися так, чтобы постоянно поддерживать у них хорошее настроение, бодрость, уверенность в выздоровлении, душевное спокойствие, веру в свои силы, желание работать над собой. Дружеское участие в сочетании с необходимой требовательностью (но без резкости или стремления держать ребенка в слепом подчинении и тем более страхе) позволяет построить правильные отношения с детьми и подростками в процессе лечебно-педагогической работы.

Особое значение приобретает образец правильной речи и вообще речевое общение с заикающимися, так как слово является мощным фактором воздействия на высшую нервную деятельность и играет существенную роль в индивидуальной и общественной жизни человека. Основные требования к речи окружающих заключаются в том, чтобы тон их речи был спокойным, доброжелательным; речь должна быть проста и доступна для понимания ребенка, нетороплива, выразительна; совершенно недопустимо подражание искаженной речи ребенка и тем более передразнивание его. Важно учитывать при этом, что разные требования к себе и детям порождают обычно недоверие к руководителю. Неосторожно сказанное слово или нерешительность педагога, которые быстро подмечаются детьми, могут заронить в них мысль о сложности их дефекта, его неизлечимости, подорвать веру в авторитет руководителя<...> .

Режим дня **и рационального питания.** Режим дня предусматривает определенный ритм жизни ребенка, правильное чередование сна и бодрствования, разных видов труда и отдыха. Установлено, что систематическое чередование различных видов деятельности, определенный ритм жизни имеют чрезвычайно важное значение, так как способствуют нормализации и облегчению работы высших отделов нервной системы и всего организма в целом.

Поскольку многие заикающиеся дети являются соматически ослабленными, в составлении распорядка их дня прежде всего важно предусматривать достаточное время для отдыха, не перегружать их внеклассной и домашней работой и пр.

Важное значение для детей имеет разнообразие видов деятельности: переключение с одного вида деятельности на другой вызывает у ребенка интерес, играет роль своеобразного (активного) отдыха. Для детей возбудимых, подвижных следует подбирать занятия или игры спокойные, нешумные. Заторможенных детей нужно больше активизировать, развивать у них самостоятельность, уплотнять сроки заданий.

Огромное оздоровительное значение для нервной системы имеет сон. Он охраняет нервные клетки от истощения, способствует снабжению их питательными веществами, кислородом и выведению из них продуктов обмена. В режиме дня заикающегося ребенка-дошкольника на сон должно быть отведено не менее 10—11 часов ночью и двух часов днем, а у школьника — 8—9 часов ночью и 1,5—2 часа днем.

От состояния питания ребенка зависит стойкость образующихся у него рефлексов, и оно же влияет на течение всех биохимических процессов в организме. Необходимо больше внимания уделять витаминизации пищи заикающегося ребенка. Витамины как биологические катализаторы всех ферментных систем благоприятно влияют на высшую нервную деятельность, реактивные силы и иммунологическое состояние организма.

Закаливающие процедуры. В режим дня заикающегося ребенка включаются и закаливающие процедуры. Ежедневное пребывание на свежем воздухе благотворно воздействует на ребенка. Прогулки, игры на свежем воздухе, различные спортивные развлечения (санки, лыжи) также успокаивают нервную систему, создают эмоциональный подъем, бодрое настроение. Перестройка организма при этом происходит естественно и просто. Воздушные ванны оказывают активное воздействие и на сердечно-сосудистую систему, нормализуют ее.

Солнечные ванны при осторожной и продуманной врачом дозировке (они противопоказаны детям с расстройством центральной нервной системы) усиливают и повышают обмен веществ. Важное значение для закаливания организма ребенка имеют водные процедуры: обтирание, обливание, душ и купание.

Чтобы не принести вреда ребенку, разные виды закаливания должны назначаться врачом строго индивидуально в зависимости от состояния здоровья ребенка и особенностей местных условий.

Лечебная физкультура и ритмика. Физические упражнения, развивая в целом мышечную систему, усиливают работу важнейших жизненных органов — легких и сердца, повышают отмен веществ. Эти упражнения у заикающихся детей способствуют укреплению силы и морального духа, развивают координированные и точные движения, помогают избавиться от скованности или, наоборот, от растормо-женности движений, содействуют воспитанию дисциплинированности и собранности.

Все это является необходимой предпосылкой для лучшего функционирования речевых органов заикающегося ребенка и оказывает положительное влияние на выработку у него правильных речевых навыков. Как указывалось ранее, заикание у детей обычно сопровождается различными нарушениями моторики. Поэтому физические упражнения для заикающихся детей приобретают и лечебное значение.

В лечебных учреждениях для заикающихся детей помимо общих физических упражнений используют и специальные корригирующие упражнения на занятиях по лечебной физкультуре (ЛФК).

Своеобразной частью лечебной физкультуры является логопедическая ритмика. Она представляет собой систему двигательных упражнений, проводимых с музыкальным сопровождением и согласованных с речью ребенка.

Музыкально-двигательные упражнения помогают корригированию общей моторики, а двигательные упражнения в сочетании с речью ребенка направляются на координацию движений определенных мышечных групп (рук, ног, головы, корпуса). Эти упражнения благотворно отражаются на речи ребенка. Музыкальное сопровождение всегда положительно влияет на его эмоциональное состояние и поведение и имеет серьезное значение для перевоспитания личности ребенка, для тренировки и корригирования его общей и речевой моторики.

Формы музыкально-ритмических упражнений могут быть разнообразны: отстукивание определенного такта, изменение темпа, характера или просто направления движения в зависимости от темпа или характера музыки, пение, меклодек-ламация, рассказывание стихотворения в сопровождении соответствующих движений, танцы и пляски, речевые игры и т. д. На этих занятиях используются в основном игровые приемы, которые вызывают большой интерес у детей и активизируют их.

Медикаментозное лечение. Медикаментозное лечение нормализует деятельность центральной и вегетативной нервной системы заикающегося, ослабляет судороги речедвигательно-го аппарата, снимает психогенные наслоения, способствует оздоровлению организма в целом.

Среди медикаментозных средств, применяемых при лечении заикания, используются общеукрепляющие препараты, седативные, спазмолитические, успокаивающие и стимулирующие средства.

По наблюдениям В.С. Кочергиной, роль медикаментозного лечения с возрастом заикающихся увеличивается. Это объясняется усложнением клиники заикания вследствие присоединения дополнительных функциональных наслоений, связанных с пубертатными сдвигами и повышением роли слова как фактора социального общения. В связи с этим у заикающихся наблюдаются частые спады настроения, аутизация, навязчивые страхи, реактивные состояния и др.

Медикаментозное лечение заикания является существенным компонентом комплексного метода, так как в комплексе с другими лечебными компонентами оно дает хороший терапевтический

эффект, служит базой для эффективной логопедической работы с заикающимися, способствует профилактике рецидивов заикания.

Психотерапия. Психотерапия — область медицины и врачей. Однако в настоящее время значительно возросло непосредственное участие логопедов в этой работе. Логопеды используют методы рациональной психотерапии, в некоторых случаях (после специальной подготовки) с успехом применяют приемы суггестивной психотерапии: внушение в бодрствующем состоянии, аутогенную тренировку и др. Все это требует от современного логопеда умения правильно ориентироваться и применять некоторые психотерапевтические приемы в логопедическом воздействии на заикающихся.

В комплексе лечения заикания психотерапия занимает одно из главных мест. Психотерапия — это не только лечебное воздействие словом (прямая психотерапия), но и лечебное воздействие через окружающие предметы, вторых лиц и пр. (косвенная психотерапия). Все это имеет большое значение для заикающихся, так как дает хороший терапевтический эффект. Непосредственное лечебное воздействие словом — прямая психотерапия, в основе которой лежат методы разъяснения, убеждения, внушения и обучения, также широко используется в лечебно-педагогической работе с заикающимися детьми и подростками. В современной психотерапии различают два основных вида воздействия словом: 1) рациональную (по Дюбуа) или разъяснительную (по В.М. Бехтереву) психотерапию; 2) суггестивную терапию, в которой выделяются внушение в бодрствующем состоянии, во сне (гипноз) и самовнушение (аутогенная тренировка).

В лечении заикания у детей преобладающее значение имеет косвенная и рациональная психотерапия, у подростков и взрослых — прямая и суггестивная психотерапия.

Все виды психотерапии заикания в основном направлены, с одной стороны, на устранение психогенных нарушений у заикающихся (страх речи и ситуаций, чувства ущем-ленности и подавленности, навязчивой фиксации на своем речевом расстройстве, многообразных переживаниях в связи с этим и пр.), с другой — на перестройку у заикающегося ребенка измененного под влиянием дефектной речи социального контакта с окружающими.

Рациональная психотерапия начинается прежде всего с изучения заикающегося ребенка. Скрупулезно и тактично собранные у родителей и самого ребенка сведения о прошлой жизни, домашней обстановке, отношении к нему со стороны окружающих, выявление интересов ребенка, его склонностей, отношения к товарищам, к своему дефекту — все это составляет первую задачу психотерапевта и помогает глубже изучить психические особенности ребенка. Своеобразной формой собирания анамнеза, позволяющей выяснить представление детей старшего школьного возраста о своем дефекта, об отношении к нему, является дневниковая запись, которую предлагают сделать подростку при поступлении на лечение. Он должен откровенно и подробно написать о своей

жизни, о том, когда стал тяготиться своим дефектом, в чем это выражается и т. п. Тщательно собранный анамнез позволяет, с одной стороны, построить необходимый план лечебно-педагогического воздействия на заикающегося ребенка, с другой — вызывает его доверие, откровенность и расположение к психотерапевту.

На основании собранного анамнеза и тщательного его анализа строятся в дальнейшем индивидуальные и коллективные психотерапевтические беседы, которые представляют собой логически обоснованную систему разъяснений, убеждений и обучения.

Цель психотерапевтических бесед с заикающимися детьми заключается в том, чтобы разъяснить им в доступной, образной и убедительной форме сущность заикания, его обратимость, роль ребенка в его преодолении, критически разобрать особенности поведения заикающихся. При этом могут быть использованы выдержки из дневников тех, кто уже успешно закончил курс лечения, магнитофонные записи. Можно также организовать демонстрацию свободной речи прежде заикающихся детей и многое другое. Совместно с ребенком составляется план лечебной работы над собой, над речью. Силой логического убеждения и примером психотерапевт стремится помочь заикающемуся в перестройке неправильных форм поведения, усугубляющих заикание, внушает уверенность в свои силы, в возможности преодоления болезненного состояния. Все это требует от специалиста большого диапазона знаний, внешней убедительности и умелого использования слова как лечебного фактора.

Следует подчеркнуть, что для дошкольников рациональная психотерапия применяется в виде разнообразных игровых приемов с использованием игрушек, красочного и забавного дидактического материала, труда, музыки, ритмики и пр. Для школьников (а это период, когда в жизни и деятельности

человека возрастает роль слова) возможно использование и основных приемов рациональной психотерапии.

Внушение (суггестия) — специальный метод психотерапии. Различают внушение со стороны другого лица (гете-росуггестия)[31] и самовнушение (аутосуггестия). Поскольку внушаемость свойственна в разной степени всем людям, то использование в лечебных целях этих методов требует специального ознакомления с ними, иначе это может привести к ухудшению в их состоянии. Метод внушения в бодрствующем состоянии заикающегося при лечении используется для снятия психогенных наслоений — страха, фиксации на своем дефекте, ухода в себя, скованности, ущемленности, для воспитания уверенности в своих силах, а также для уменьшения силы судорог, улучшения самочувствия.

Психотерапевтическое внушение, как правило, используется не как самостоятельный метод, а в общем комплексе лечебно-педагогических мероприятий.

К.М. Дубровским был предложен «одномоментный метод снятия заикания». Это сугубо психотерапевтический метод, который по существу представляет собой императивное внушение в бодрствующем состоянии. Суть его состоит в следующем. Психотерапевт на сцене большого зала выстраивает у стены шеренгу тех, кому предстоит сегодня «снятие» заикания. В зале присутствуют родственники больных, их знакомые и те, кто еще только готовится приступить к лечению. Психотерапевт внушительно и образно говорит о силе слова, которое не только служит средством коммуникации между людьми, но и может иметь физиологическое, в следовательно, и лечебное значение. Проводятся для демонстрации пробы на внушаемость. Фиксируется внимание на могущественной силе слова психотерапевта. Если слово психотерапевта способно вызвать одеревенелость пальцев рук и заставляет падать человека, то он способен словом разомкнуть существующую у заикающегося в коре головного мозга патологическую связь и тем самым расковать его речь. После этого происходит сам сеанс снятия заикания, который выражается в том, что резким движением рук возле висков пациента психотерапевт снимает заикание. Он говорит: «Теперь вы будете всегда говорить свободно! Вы чувствуете громадное облегчение! С вас сорваны путы трудной речи! Вы свободный человек со свободной раскованной речью! Мы можем! Мы все можем! Человек все может!» Поддерживая высокое эмоциональное напряжение пациентов и применяя сначала облегченные формы речи, психотерапевт переходит к демонстрации свободной речи пациентов.

В связи с широкой рекламой в печати этот метод в свое время стал предметом внимания не только самих заикающихся, но и Министерства здравоохранения СССР. В инструктивном письме Министерства по этому поводу указывалось, что в психотерапии метод императивного внушения в бодрствующем состоянии не нов. Однако этот старый метод по-новому использован в лечении заикания. Были высказаны критические замечания по поводу излишнего его афиширования. Сомнительна категоричность установки на одномо-ментность снятия заикания. Отмечались нередкие случаи недостаточного обследования и отбора больных для сеанса. Однако в принципе как психотерапевтический метод лечения заикания он в комплексе с другими мерами воздействия может быть использован. В настоящее время некоторые специалисты применяют в своих методиках предложенные К.М. Дубровским психотерапевтические приемы.

В лечении заикания используется также метод внушения в состоянии гипнотического сна. В быту неправомерно большое значение придается этому методу. Практика использования гипноза в психотерапии заикания показывает, что его результаты недостаточно стойкие.

В настоящее время в психотерапии заикания применяется метод внушения в гипнотическом состоянии в комплексе с другими медико-педагогическими средствами воздействия на заикающихся подростков и взрослых.

Одним из видов суггестии является метод аутогенной тренировки, предложенный Шульцем, который может быть использован в лечебных целях. У нас этот метод также разрабатывался. Он применяется преимущественно при лечении различных неврозов, сопровождающихся расстройством эмоций, страхом, общим мышечным напряжением. Сущность метода состоит в том, что путем самовнушения по определенной формуле вызывается состояние покоя и мышечного расслабления (релаксация). В дальнейшем проводятся целенаправленные сеансы самовнушения по регуляции тех

---

[31] В свою очередь внушение со стороны другого лица может проходить во время бодрствования больного или в состоянии гипнотического сна.

или иных нарушенных функций организма. В этом плане он может быть полезен при логоневрозах (заикании), поскольку больной овладевает способностью вызывать расслабление мышц, особенно лица, шеи, плечевого пояса, и регулировать ритм дыхания, что ослабляет интенсивность спазмов.

Использование психотерапевтических приемов, и в частности аутогенной тренировки, в комплексной работе с заикающимися находит свое отражение в методиках, предлагаемых А. И. Лубенской, С.М. Любинской, М.И. Мерлис, Ю.Б. Некрасовой, В.М. Шкловским, Л.З. Андроновой и др.

ЗАДАЧИ И ФОРМЫ КОРРЕКЦИОННО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ (ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ) РАБОТЫ

Логопедической работе придается очень важное, основное значение в комплексном медико-педагогическом подходе к преодолению заикания.

Основной целью логопедической работы является перевоспитание неправильной речи и поведения, устранение психологических отклонений у заикающихся детей. Задача логопеда заключается в том, чтобы педагогическими средствами воспитать у заикающегося ребенка, с одной стороны, навыки правильной речи, с другой — гармонично развитую, полноценную личность.

Задачи воспитания навыков свободной, правильной речи. Конкретные задачи логопеда выражаются в том, чтобы воспитать у заикающегося ребенка навыки правильной речи: неторопливый темп, достаточную громкость и выразительность, правильное речевое дыхание, опору на гласные звуки.

При воспитании свободной речи прежде всего необходимо выработать у ребенка неторопливый темп, т. е. умение говорить не спеша, чуть замедленно. Именно так говорить чаще всего и не умеют заикающиеся дети, так как речь для них неприятная обуза. Они стараются незаметно «проскочить» возникшую преграду, избавиться от нее, пытаются сделать это побыстрее. Быстрый темп провоцирует нарушение координации речевых движений и появление речевых судорог.

Неторопливый темп речи вырабатывается одновременно с **неторопливым темпом общих движений ребенка.** Спокойное, уравновешенное поведение в разговоре и во внеречевой деятельности помогает выработать и определенный темп речи. Умение справляться с волнением, погасить возбужде-' ние, нормализовать аффективные состояния у заикающегося ребенка также способствует этой цели.

При воспитании неторопливого темпа речи ребенка логопед обращает внимание на сохранение ее выразительности и естественности. Ребенок, который свободно владеет словом, получает удовольствие от своей речи, при передаче своих чувств он непроизвольно использует богатство интонации, мимико-жестикуляторные средства. Заикание лишает ребенка такой возможности. Отсутствие стимула и желания говорить, боязнь речевого общения нередко приводит к тому, что речь ребенка становится тусклой, вялой, тихой, невыразительной. Поэтому в процессе логопедической работы большое значение логопед придает воспитанию у ребенка умения говорить громко, выразительно, уверенно, правильно, использовать логические ударения, повышение и понижение голоса, мимико-жестикуляторные средства.

В воспитании правильной речи важное значение имеет также нормализация речевого дыхания, так как у заикающихся оно обычно бывает поверхностным, резким, неспокойным, коротким. Нередко наблюдаются случаи, когда отдельные звуки, слова произносятся ребенком на вдохе.

В речевых упражнениях логопед обращает внимание на то, чтобы ребенок произносил слитно слова во фразах, т. е. не по отдельности каждое слово, а все вместе, как одно большое слово. Это объясняется тем, что заикающимся обычно трудно начать говорить, и поэтому, чем меньше он произнесет разрозненных слов, тем меньше для него будет затруднений.

Научить выделять гласные в слове (опора на гласные звуки) приобретает значение для тех детей, у которых наблюдаются речевые судороги на согласных звуках. Произнесение удлиненно некоторых гласных звуков *(баaaбушка, гooo-род)* облегчает речь, снимает речевые судороги.

При воспитании правильной речи логопед проводит одновременно и по необходимости работу по исправлению недостатков произношения, расширению словарного запаса, совершенствованию грамматического строя, развитию способности правильно и последовательно излагать свои мысли и желания.

Задачи воспитания гармонично развитой личности. Не

меньшее значение имеет и другая сторона логопедической работы — устранение у заикающихся детей возможных психологических уклонений, воспитание правильного отношения к своему дефекту,

к себе, к своему месту в коллективе, к окружающим, выработка правильного поведения в коллективе, а также развитие их интеллектуальных способностей, этических и нравственных представлений.

С этой целью логопед широко использует в своей работе методы разъяснения, убеждения, внушения и обучения. В доступной форме разъясняет детям, почему у них затруднена речь (спешит в разговоре, неправильно дышит, излишне обращает внимание на свою речь, стесняется окружающих и т. д.). Детям школьного возраста разъясняются в доступной форме механизм заикания, приемы его преодоления и т. д. Логопеду необходимо убедить ребенка в том, что в его неправильной речи ничего постыдного или страшного нет. Чтобы успешнее избавиться от неправильной речи, нужно следить за собой: не спешить, говорить громко, спокойно, уверенно, яснее произносить гласные звуки и т. д.

Логопед должен постоянно убеждать заикающегося ребенка в том, что он может говорить хорошо, свободно, внушать ему, что с каждым днем он говорит все лучше и лучше. Для этого используя облегченные формы речи, логопед демонстрирует ребенку его же свободную речь: «Вот видишь, ты сейчас сказал хорошо, правильно. Ты умеешь говорить хорошо и свободно. Надо только не торопиться в разговоре (или: говорить громко, смело, выразительно и т. д.). Ты теперь всегда сможешь говорить хорошо, если будешь стараться».

Логопед обязан быть внимательным к состоянию речи ребенка и отмечать на каждом занятии ее положительные стороны. Каждое речевое занятие должно приносить ребенку чувство удовлетворения от своей правильной речи, от успехов, которые он делает.

Постоянная фиксация на успехах не только стимулирует ребенка для дальнейших занятий, но и постепенно вытесняет у него мысли о своей неполноценности, способствует появлению уверенности в своих силах, в положительном исходе занятий. Таким образом, происходит постепенная перестройка отношения его к своему дефекту, к себе, к окружающим, меняются в лучшую сторону его характерологические черты.

Итак, воспитание навыков свободной, правильной речи и гармонично развитой личности — это две главные задачи логопедической работы с заикающимися.

Формы логопедической работы. К обязательным форма^ работы с заикающимися детьми относятся следующие: психолого-педагогическое изучение ребенка, логопедические занятия, организация самостоятельной работы, использование в логопедической работе помощи разных специалистов, консультативно-методическая работа с родителями и педагогами ребенка, самообразование и повышение квалификации логопеда.

Совокупность названных форм работы логопеда в практическом учреждении составляет целостную и необходимую систему организации логопедической работы с заикающимися.

Психолого-педагогическое изучение заикающегося ребенка. С этого фактически начинается логопедическая работа, оно по существу определяет выбор средств и приемов до начала и в процессе этой работы, позволяет оценить ее результативность и дать рекомендации после окончания.

Психолого-педагогическое изучение заикающегося ребенка состоит из первичного логопедического обследования, динамического наблюдения в процессе логопедической работы с ним и заключительного обследования (эпикриза) перед выпуском.

В конкретные задачи изучения ребенка логопедом входят: 1) сбор анамнестических сведений, позволяющий судить об особенностях его раннего развития, о причинах заикания и разворачивающейся картине его проявления; 2) определение места и форм речевых судорог, частоты их проявления и сохранных речевых возможностей (уровень здоровой речи); 3) обследование состояния устной и письменной речи (им-прессивной и экспрессивной); 4) выявление сопутствующих речевых и двигательных нарушений и психологических особенностей (отношение к своему речевому дефекту, к себе, к окружающим, поведение в коллективе).

Результаты изучения заикающегося ребенка должны фиксироваться логопедом в соответствующей документации: и речевой карте (амбулаторной карточке, истории болезни), и логопедическом дневнике.

Логопедические занятия. Они являются основной формой логопедической работы, так как наиболее полно выражают I гепосредственное коррекционно-воспитательное воздействие логопеда на заикающегося (прямое логопедическое воздействие). Все другие формы работы логопеда (см. выше) составляют систему косвенного логопедического воздействия, так как, по сути, они способствуют, дополняют или закрепляют результаты прямого логопедического воздействия.

Логопедические занятия проводятся как с группой заикающихся детей, так и индивидуально. Преимущественной формой являются групповые занятия, на которых используется коллектив сверстников для тренировки речевого общения и воспитания правильных навыков поведения ребенка в коллективе. Индивидуальные занятия проводятся в виде дополнительных упражнений по воспитанию навыков правильной речи и поведения (коррекция неправильного произношения, беседы психотерапевтического характера и т. д.).

Иногда под логопедической работой с заикающимися подразумеваются только речевые занятия. Причем эти речевые занятия представляются как жестко-определенная и обязательная система речевых упражнений для всех заикающихся. В связи с этим высчитывается количество часов на те или иные речевые упражнения, описывается их обязательная последовательность вне зависимости от тяжести заикания и индивидуальных особенностей заикающихся.

Такая механическая речевая тренировка оторвана не только от гибкого использования приемов логопедического воздействия на заикающихся и противоречит дидактическим принципам, но и оторвана от жизни и интересов ребенка.

Речевые занятия, являясь основной формой логопедической работы с заикающимися, тем не менее не могут быть исчерпывающими. Воспитание навыков правильной речи и поведения требует длительных и постоянных тренировок, не ограниченных рамками логопедических занятий, а имеющих место в процессе ежедневного речевого общения ребенка с окружающими. Логопедические занятия должны проводиться на фоне правильного отношения окружающих к заикающемуся ребенку и системы его воспитания. И все это должно сочетаться с необходимыми оздоровительными и лечебными мероприятиями.

На основании сказанного можно сформулировать основные требования к логопедическим занятиям с заикающимися детьми.

1) Логопедические занятия должны прежде всего отражать основные задачи коррекционно-воспитательного воздействия на речь и личность заикающегося ребенка (см. выше).

2) Логопедические занятия должны быть построены с учетом основных дидактических принципов: быть регулярными, систематическими и последовательными; проводиться в зависимости от индивидуальных особенностей каждого ребенка; опираться на сознательность и активность детей; оборудованы необходимыми пособиями, наглядными и техническими средствами обучения; содействовать прочности воспитываемых навыков правильной речи и поведения.

3) Логопедические занятия должны быть согласованы с требованиями программ воспитания и обучения детей дошкольного или школьного возраста.

Для дошкольников логопедические занятия должны быть согласованы с «Программой воспитания и обучения в детском саду», т. е. с обучением детей родному языку и с их наблюдениями за окружающим, с обучением счету, труду, с эстетическим воспитанием и, конечно, с многообразными детскими играми. Следовательно, для речевых занятий с дошкольниками должен подбираться материал, который рекомендуется в разных разделах программы. Необходимо, чтобы эти занятия сохраняли и форму их проведения, принятую в детских садах.

Речевые занятия, совмещающие цели общеобразовательные и коррекционно-воспитательные, оказываются полезными ребенку еще и тем, что подготавливают его к тому, как нужно правильно держать себя и говорить на разных занятиях в детском саду.

При организации речевых занятий важно учитывать также интересы ребенка. Новая игрушка вызывает интерес, значит, она должна быть включена в занятие в качестве наглядного пособия. Ребенок любит помогать по хозяйству, значит, нужно предусмотреть речевые упражнения в процесс

трудовой деятельности. Девочка любить рисовать, играть в куклы, и это следует включать в занятия и сопровождать речью. В семье часто бывают гости, значит, нужно обыграть (и не один раз!) мотив «гости и хозяева» и т. д.

Таким образом, связь речевых упражнений с общеобразовательными занятиями, с интересами и особенностями повседневной деятельности ребенка подготовит его к тому, как надо правильно говорить в разных условиях, облегчит ему возможность постепенного переноса новых речевых навыков в свою деятельность.

4) В логопедических занятиях должна быть предусмотре на необходимость тренировки правильной речи и поведения у заикающихся детей в разнообразных условиях: в логопе дическом кабинете и вне его, в разных жизненных ситуаци ях, в присутствии знакомых и незнакомых людей и т. д.

Фактически с этой же целью используется все разнообразие логопедических занятий: многочисленные формы работы по развитию речи, дидактические, подвижные, сюжет-но-ролевые и творческие игры, экскурсии, подготовка и участие в утренниках, детских концертах, выступления перед микрофоном и др.

5) На логопедических занятиях (прежде всего) ребенок должен научиться всегда говорить без заикания.

Речевые занятия могут оказаться бесполезными и даже вредными в тех случаях, когда ребенок на них продолжает заикаться. Ведь задача речевых упражнений — тренировка правильной, незаикливой речи. На речевых занятиях ребенок должен постоянно убеждаться в том, что может говорить хорошо, он должен слышать свою свободную, правильную речь. При наличии же речевых судорог практически трудно убедить ребенка в том, что их у него нет. Значит, нужно так подбирать для него речевые упражнения, чтобы они были доступны для свободного проговаривания и в то же время каждый раз были чем-то новым, более сложным по сравнению с предыдущим. Следовательно, логопеду нужно очень хорошо знать речевые возможности ребенка и в целом систему последовательного, постепенного усложнения занятий.

Если ребенок на речевых занятиях ни разу не заикнулся, значит, занятие было скрупулезно продумано, значит, руководитель был максимально внимателен к ребенку. К этому следует стремиться.

Ну а если все-таки запинки были, означает ли это, что занятие проведено впустую?

Здесь следует отметить, что если ребенок запнулся и сам исправился — отлично, если руководитель помог исправить неправильность — тоже хорошо, речь осталась неисправленной — плохо. Отговорки, что лучше не обращать внимания на речевые спазмы, чтобы не фиксировать на них внимание ребенка, нам кажутся несостоятельными. Ребенок обычно хорошо знает, когда он сказал свободно, правильно, а когда —\ нет. Оставленная же без внимания неправильная речь свидетельствует о нашей невнимательности или неискренности. И то и другое подрывает авторитет логопеда в глазах ребенка, лишает его веры в помощь логопеда, и, кроме того, тем самым нарушается необходимая система постоянных тренировок его правильной речи.

О том, как предупредить возможную речевую судорогу, мы говорим в следующих главах, где описываем последовательное нарастание сложности речевых занятий. Но как помочь ребенку в том случае, когда он все-таки не сумел сказать свободно? Как устранить его запинку?

Чтобы определенно ответить на этот вопрос, нужно знать речевые возможности ребенка. На разных этапах занятий и у разных детей эти возможности будут неодинаковы. Поэтому одному достаточно напомнить, что он должен сказать не спеша, другого попросить просто повторить фразу, с третьим только начать ее, четвертому предложить повторить фразу вслед за логопедом. Логопеды в подобных случаях свою помощь облекают в разного рода замечания: «Ты сейчас правильно сказал? (Это если уверены, что он может сам исправиться.) Скажи правильно! Встань спокойнее, не напрягайся, скажи громче. Повтори снова фразу. Скажи неторопливо. Скажи яснее звук *а* (или *о, у, и к* т. д., это в тех случаях, когда добиваются опоры на гласные звуки). Скажи выразительнее. Повтори за мной снова. Давай скажем вместе. Ну а теперь ты сам».

Это далеко не полный перечень указаний, которые могут делать логопеды с целью исправить у ребенка замеченную неправильность речи. Для каждого ребенка эти замечания будут разными. Одинаковым в них будет только стремление в случае ошибки, речевой запинки у ребенка отойти времен но назад, использовать форму речи, которая не будет представлять для него трудностей (повторить фразу, совместно произнести ее и пр., с тем чтобы тут же добиться свободного <>е

произнесения). А когда это будет достигнуто, обратить внимание ребенка на то, что он сумел сказать хорошо, умеет говорить правильно.

Таким образом в борьбе с речевыми запинками на занятиях логопед гибко использует тактику временных отступлений, с тем чтобы, оттолкнувшись от них, с уверенностью штурмовать новые «высоты». А освоение такой новой «высоты» — это уже маленькая победа, из которой в дальнейшем складывается успех всей работы с заиканием.

6) На логопедических занятиях с заикающимися постоянно должны присутствовать образцы правильной речи: самого логопеда, успешно занимающихся детей, магнитофонные записи и пластинки с выступлениями мастеров художественного слова, демонстрационные выступления ранее окончивших курс логопедических занятий и пр.

Следует указать (как имеющих особую значимость в занятиях) на правильный тон и манеру поведения руководителя занятий, на недопустимость окриков, передразниваний, раздраженного тона, суетливого, резкого поведения логопеда. Как бы ни казались утомительными и однообразными замечания, которые приходится делать, как бы ни было перед этим омрачено настроение, тон руководителя занятий всегда должен быть ровным, ободряющим, ласково-доброжелательным и в то же время требовательным. Речь и манера поведения руководителя занятий должны быть эталоном и образцом в коррекционно-воспитательном процессе с детьми.

Логопедические занятия должны быть обязательно оформлены в соответствующей документации. Система планирования, учета и отчетности, отражающиеся в логопедической документации, способствует изучению заикающихся и результатов работы с ними, помогает продумывать последовательность и содержание логопедических занятий, уплотнять рабочее время. Все это имеет значение для повышения эффективности логопедического воздействия.

Логопед должен правильно и регулярно составлять перспективный (календарный) и текущие планы занятий с детьми, фиксировать результаты их выполнения.

Организация самостоятельной работы ребенка. Система тренировок правильной речи и поведения у заикающихся, необходимая для образования у них устойчивых, прочных навыков, предполагает обязательную закрепительную работу ребенка вне логопедических занятий. Эта работа должна быть направлена на выполнение заданий логопеда в семей-но-бытовых, учебно-воспитательных условиях и в коллективе сверстников.

Задания логопеда для самостоятельной работы строятся с учетом успехов ребенка на каждом занятии и необходимых условий для их упрочения. Важно предусмотреть в этих заданиях посильность выполнения, регулярность проведения, связь с семейно-бытовыми и учебно-воспитательными условиями, в которых находится ребенок, и с его отношениями в коллективе. Формы таких заданий могут быть многообразны: проводить домашнее занятие в определенное время, заучить требования правильной речи, составить рассказ по картинкам, отработать неторопливый темп речи в рассказе, выразительно рассказать стихотворение, отрепетировать роль в инсценируемой сказке, выступить на занятии в детском саду (на уроке в школе) по заданной теме, разговаривать с родителями неторопливо и многое другое.

Безусловно, положительную роль в организации самостоятельной работы ребенка играют его родители и педагоги в случаях, когда они активно и правильно включаются в этот процесс. Напомнить ребенку о необходимости выполнения заданий логопеда, прийти на помощь в момент его трудной речи, подсказать логопедический прием, создать необходимые условия для нормализации окружающей среды и правильного отношения к ребенку, умело использовать меры поощрения и наказания для стимуляции к самостоятельной работе — все это и многое другое помогает создать необходимую систематическую работу ребенка над собой и своей речью, способствует развитию сознательного, активного и, следовательно, эффективного упрочения навыков правильной речи и поведения.

Для стимуляции ребенка в его самостоятельной работе и для контроля за ее выполнением логопед обязывает родителей вести специальный дневник, в который записывает задания логопед и ведется учет за их выполнением дома, в дет ском саду или школе. Записи в дневнике делают родители, педагоги и сам ребенок, если он владеет письмом. Логопед должен оценивать результаты проделанной работы.

Использование в логопедической работе помощи разных специалистов. Непосредственно в комплексном лечебно-педагогическом преодолении заикания помимо логопедов принимают участие разные специалисты.

В зависимости от условий работы логопедического учреждения или в каждом конкретном случае проявления заикания логопед может использовать помощь невропатолога, психиатра, психотерапевта, терапевта, отоларинголога, инструктора по ЛФК, физиотерапевта, ритмиста, музыкального работника, педагога-воспитателя. Работа специалистов направлена на всестороннее изучение картины проявления заикания, причин его возникновения, психофизического состояния заикающегося, его личностных особенностей. Совокупность разносторонних сведений о заикании и заикающемся, полученных специалистами с.использованием разных методов исследования и затем взаимно уточненных и дополненных, определяет в каждом конкретном случае особенности необходимого комплексного лечебно-педагогического воздействия.

Используя свои средства и приемы, специалисты осуществляют разностороннее воздействие на заикающегося, в процессе которого важно динамическое наблюдение за состоянием и поведением заикающегося под влиянием применяемых к нему средств, постоянное обсуждение специалистами результатов своей работы и гибкое ее изменение и дополнение в зависимости от результатов работы своих коллег.

Результаты лечебно-педагогической работы в целом дают возможность определить характер необходимых рекомендаций по дальнейшей профилактике заикания после проведенного курса.

В процессе названной работы чрезвычайно велика роль логопеда как ведущего специалиста. Ведь именно логопедическое воздействие (направленное непосредственно на речь и личность заикающегося) является всегда обязательным и определяющим в комплексе лечебно-педагогической работы с заикающимися. Роль других специалистов заключается в том, чтобы своими средствами и приемами уточнить и дополнить представления об особенностях заикания и заи кающегося, способствовать эффективности логопедическо го воздействия. ,

В этом отношении обязанности логопеда разнообразны, С одной стороны, они отражают необходимость организации содружественной работы разных специалистов в комплексе лечебно-педагогического воздействия на заикающихся (в изучении, преодолении и профилактике заикания). В амбулаторных условиях это могут быть различные консультации, обследование и лечение заикающихся соответствующими специалистами, обсуждение совместных наблюдений в процессе лечебно-педагогической работы с ними. В стационарных условиях — организация четкой и согласованной работы всего медико-педагогического персонала. Это достигается прежде всего структурой построения лечебно-педагогического процесса, медико-педагогическими обсуждениями детей и выбранными приемами лечебно-педагогического воздействия на них.

С другой стороны, комплексный подход к преодолению заиканий требует от логопеда использования в своей работе сведений и достижений в этом направлении других специалистов.

Для изучения структуры дефекта, причин его возникновения логопеду многое дают соответствующие заключения, в частности, невропатолога, психиатра; эти же врачи определяют природу заикания (органическую или функциональную), физический, неврологический и психический статус, способствуют уточнению личностных особенностей заикающегося.

Невропатолог, физиотерапевт, ритмист, инструктор ЛФК своим изучением заикающегося помогают выявить возможные нарушения и отклонения в двигательной сфере, особенности общей и речевой моторики. Музыкальный работник — особенности музыкального слуха, восприятия темпа, ритма музыкальных произведений, особенности голоса заикающегося и т. д. Педагог-воспитатель помогает дополнить заключение о состоянии общеобразовательных знаний, умений, навыков заикающегося, о его интересах, эстетических и нравственных представлениях и т. д.

При помощи медикаментозных средств, физиотерапии врач может воздействовать на оздоровление и укрепление нервной системы ребенка, на ослабление его речевых судорог, снятие напряженности или расторможенности — все это помогает выработке упорядоченного темпа речи и поведения ребенка, облегчает работу с ним на логопедических занятиях, способствует эффективному и прочному воспитанию необходимых навыков.

Взаимодействие логопеда с психотерапевтом помогает активнее воздействовать на личность заикающегося, изменять его отношение к себе и к своему дефекту, к окружающим, к проводимым занятиям влиять на его поведение, воспитывать собранность, целенаправленность, активность, наступательность, бодрость, уверенность и т. д. Суггестивные методы психотерапии позволяют ослабить или снять выраженные степени болезненной фиксированности на своем дефекте, логофобии, навязчивые состояния и т. д. Содружественная работа с психотерапевтом позволяет логопеду более

активно использовать в своей работе средства коррекци-онно-воспитательного воздействия на личность заикающегося.

ЛФК и музыкально-ритмические занятия с заикающимися детьми способствуют нормализации у них общей и речевой моторики, воспитывают правильные двигательные реакции, укрепляют силу и подвижность речевых движений и поведения ребенка в коллективе. Музыкальные занятия прямо соприкасаются с логопедическими упражнениями, развивают силу и тембровую окраску голоса, артикулиро-ванность звуков, речевое дыхание.

Следует указать на чрезвычайно тесную связь, которая существует между логопедической, общеобразовательной и воспитательной работой с заикающимися детьми, т. е. в работе педагога-логопеда и педагога-воспитателя. Во многом формы и задачи их работы, естественно, совпадают.

В детских логопедических учреждениях у молодых специалистов нередко бывают затруднения в определении различий и особенностей работы логопеда и педагога-воспитателя. Поэтому необходимо обратить внимание на соотношение основных задач работы логопеда и педагога-воспитателя с заикающимися детьми.

Основной задачей логопеда является прежде всего исправление речевых недостатков и связанных с ними личностных особенностей и поведения заикающихся детей. При реализации этой задачи логопед, ориентируясь на общеобразовательную программу обучения и воспитания детей определенного возраста, на своих коррекционных занятиях должен также расширять, углублять и совершенствовать знания, навыки и умения детей, предусмотренные программой. Поэтому там, где условия допускают одновременную работу логопедов и педагогов-воспитателей с заикающимися детьми, очевидна целесообразность некоторого опережения программного разностороннего обучения детей педагогами.

Основной задачей педагога-воспитателя является необходимость дать детям прежде всего знания и навыки, предусмотренные соответствующими программами их воспитания и обучения. При реализации этой задачи педагоги и воспитатели, ориентируясь на речевые возможности каждого ребенка, постоянно на своих занятиях и уроках, во все режимные моменты должны также закреплять речевые успехи, которые он делает в процессе логопедических занятий.

Другими словами, на обучающих занятиях по умственному, эстетическому, физическому и трудовому воспитанию заикающихся дошкольников воспитатель при реализации своих педагогических задач должен учитывать речевые возможности каждого ребенка и ориентироваться на содержание и результативность последовательных этапов логопедической работы[32].

В воспитательных мероприятиях, направленных на формирование гармонично развитой личности ребенка, воспитатель, учитывая психологические особенности заикающихся детей, должен формировать у ребенка определенные моральные представления и понятия, черты характера, умения, навыки, привычки, связанные прежде всего с отношением человека к труду и коллективу.

Важно создать у ребенка представление о труде как основе жизни людей. Развивать стремление все делать самому, умение работать сосредоточенно, не отвлекаясь, выполнять дело тщательно и аккуратно, доводить начатое до конца,

умение критически оценивать сделанное, не падать духом от неудач, учиться на неудачах и ошибках.

При воспитании черт коллективизма целесообразно дать понять ребенку, что человек живет в коллективе, в коллективе определяется его отношение к людям, польза, которую он приносит. Поэтому чем больше человек знает, умеет и делает для людей, тем выше его достоинство и авторитет. Необходимо развивать понимание товарищества и дружбы, умение поддержать друга в беде, помочь ему, сделать приятное окружающим, быть дисциплинированным.

Итак, медикаментозное лечение, психотерапия, лечебная физкультура, ритмика, физиотерапия, музыкальные и учебно-воспитательные занятия — все это дополняет и укрепляет средства логопедического воздействия на заикающегося. А совокупность разных лечебно-педагогических средств составляет, как указывалось выше, основу комплексного подхода к преодолению заикания.

Совместная работа логопеда с разными специалистами должна отражаться в соответствующей документации (истории болезни, амбулаторной карте, речевой карте, личном деле)

---

[32] 0 связи содержания и целей воспитательной работы с последовательными этапами коррекционных занятий с заикающимися детьми в условиях специального лечебного учреждения достаточно полно изложено в монографии «Воспитание и обучение детей с расстройствами речи» / Под ред. С.С. Ляпидевского и В.И. Селиверстова. — М., 1968.

в виде записей результатов обследования и заключения специалистов, рекомендованного лечения или средств педагогического воздействия, записей наблюдений за состоянием заикающегося ребенка в процессе лечебно-педагогической работы с ним, заключения о результатах работы и дальнейших рекомендаций.

Консультативно-методическая работа с родителями и педагогами ребенка. Обязательность названной формы логопедической работы объясняется необходимостью воздействия на окружающую микросреду заикающегося ребенка.

Целью этой работы является обеспечение благоприятных условий для лечебно-педагогического воздействия на заикающегося ребенка, создание правильного отношения к нему дома и в детском учреждении, в коллективе сверстников и в общении со взрослыми, организация необходимой самостоятельной работы ребенка вне логопедических занятий, добросовестное и обязательное выполнение заданий и указаний логопеда.

Ближайшими помощниками логопеда в создании необходимых условий для ребенка являются его родители (прежде всего) и педагоги детского сада и школы. Для того чтобы сделать своих помощников достаточно грамотными и активными в лечебно-педагогической работе, логопед должен предусмотреть и проводить с ними консультативно-методическую работу.

В процессе занятий с ребенком логопед должен дать его родителям необходимый минимум знаний о заикании. Это лучше сделать в виде цикла бесед о сущности и причинах заикания, об особенностях его проявления, методах устранения, о значении и направленности речевых занятий, о роли родителей в лечебно-педагогическом процессе, об особенностях домашнего режима, отношения окружающих к заикающимся.

Организация цикла общих бесед для родителей, дети которых посещают логопедические занятия, не исключает индивидуальных консультаций логопеда для родителей о каждом ребенке в отдельности.

Помимо бесед необходимо предусмотреть присутствие родителей на логопедических занятиях, чтобы практически ознакомить их с принципами подхода к преодолению заикания, с замечаниями логопеда детям, приемами по предупреждению и устранению у детей речевых судорог.

Присутствие родителей на логопедических занятиях может быть пассивным (вначале) и активным (впоследствии), когда они от пассивного участия переходят к частичному участию в этой работе: под контролем логопеда задают вопросы детям, дают отдельные задания, делают замечания и исправляют речь детей на занятии.

Такая консультативно-методическая подготовка родителей создает возможность активного и правильного участия их в закреплении навыков правильной речи и поведения детей в их повседневных бытовых и учебных условиях.

Весьма значительными в этом отношении оказываются посещения логопедом ребенка на дому, в школе и детском саду. Непосредственное знакомство с условиями, в которых он живет, позволяет глубже судить об особенностях его речи и поведения, возможностях жизненно-бытовых условий и действеннее преобразовывать эти условия в соответствии с необходимыми.

Консультативно-методическая работа с родителями и педагогами ребенка является частью той большой и обязательной работы логопеда, которая называется пропагандой ло-гопедичес^их знаний.

Формы этой пропаганды общеизвестны: лекции, беседы выступления логопеда на родительских собраниях и педсоветах в школах и детских садах, в «университетах здоровья», в обществе «Знание», в «родительских университетах», по радио, телевидению, на страницах газет и журналов, в специальных бюллетенях Домов санитарного просвещения, в стенной печати и т. д.

Консультативно-методическая работа, как и логопедическая пропаганда, должна планироваться и учитываться логопедом в специальной тетради, в которой отмечаются, где, когда, для кого и на какую тему намечена (была проведена) логопедом лекция или беседа.

Селиверстов В.И. Заикание у детей. Психокоррекци-онные и дидактические основы логопедических занятий. Изд. 3. — М., 1994. — С. 57—84.

В.М. *Шкловский*

Групповая психотерапия в процессе преодоления заикания

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Гибкость и разнообразие методов групповой психотерапии, широкие возможности модификации их в соответствии с конкретными клиническими задачами и прежде всего принципиальная ориентация на личность больного и его микросоциальную среду, новые возможности психологической реабилитации вызывают все усиливающийся интерес к ним в различных областях медицинской науки и клинической практики (психотерапия неврозов и алкоголизма, восстановительные лечение и реабилитация психически больных, детская и семейная психотерапия и др.).

Наибольшее число работ в нашей стране посвящено лич-ностно-ориентированной (реконструктивной) групповой психотерапии неврозов, опирающейся на психологию отношений (В.Н. Мясищев, 1960; Б.Д. Карвасарский, 1985; Б.Д. Карвасарский, С. Ледер, 1990).

Теоретическое и практическое развитие эта тенденция нашла в работах В.А. Мурзенко (1975), Г.Л. Исуриной (1984), В.М. Шкловского (1985), В.А. Ташлыкова (1986), Л.М. Кроля (1986), Е.В. Кайдановской (1987), Е.Л. Михайловой (1988) и др.

Последние десятилетия отмечены интенсивной разработкой теоретических и методических аспектов групповой психотерапии в трудах отечественных и зарубежных авторов, появлением значительного числа клинико-пихологических исследований, внедрением методов групповой психотерапевтической и психокоррекционной работы в различные отрасли практической медицины и психологии. Широко применяется групповая психотерапия при неврозах за рубежом (K. Hock, W. Konig, 1979; J.Aleksandrowitz, 1983; S S. Kratochvil, 1983; S. Leder, 1983; и др.). Большие число работ посвящено использованию групповой психотерапии при неврозах представителями психоди-намическрй и др. школ (S. Slawson, 1964; A. Heilg-Evers, 1970; I. Yalom, 1975; и др.).

Многофакторная обусловленность заикания, наличие в его клинической картине не только речедвигательных, но и вторичных эмоциональных расстройств (прежде всего у взрослых больных), дезорганизация системы отношений личности, изменения в коммуникативной сфере определяют сложность этой проблемы и требуют комплексного подхода к ее анализу и решению. Клинические проявления заикания не исчерпываются «нарушениями плавности и слитности речи». Существенную роль в их формировании играет возникающий у пациента страх речи (логофобия), невротическая переработка имеющегося дефекта, ведущая к возникновению «порочного круга», когда эмоциональная реакция на речевые затруднения ведет к их усилению (В.М. Шкловский, 1975, 1979).

Процесс общения у заикающихся изменен в ряде звеньев: эмоциональном (логофобия), когнитивном (понимание и оценка коммуникативной ситуации, представление о себе как субъекте общения), поведенческом (избегание ряда ситуаций, сужение круга контактов).

Разработанная нами комплексная медико-педагогическая система лечения заикания, включающая логопедическую коррекцию, суггестивную и рациональную психотерапию, аутогенную тренировку, фармако- и физиотерапию, функциональные тренировки, наиболее полно учитывала различные стороны клинико-психологической картины заболевания (В.М. Шкловский, 1979). Однако традиционные методы лечения, успешно выполняя свои задачи, не затрагивают в достаточной мере сферу самосознания пациента, систему его отношений и, в частности, отношение к себе как субъекту общения и к общению в целом. Методом, наиболее адекватным задачам коррекции нарушенных систем отношений и психологических характеристик субъекта общения, а также формирования полноценной коммуникации, является групповая психотерапия (Б.Д. Карвасар-ский, А.В. Петровский, 1974; А.В. Петровский, 1985, 1988; М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов, 1983; Г.Л. Исурина, 1984; Б.Д. Карвасарский, 1990).

Специфика групповой психотерапии и психокоррекцией-ной работы заключается в осознанном и целенаправленном использовании всей совокупности взаимодействий и взаимоотношений, возникающих между участниками группы (включая психотерапевта). В этом плане *в* лечении заикания существует определенная традиция, связанная с самой природой этого заболевания. Работа с заикающимися в группе является исторически сложившейся формой, возникшей естественно в силу того, что дефект речи проявляется, как правило, в ситуациях общения. Групповая психотерапия, однако, предполагает иную функцию группы, становящейся для пациентов не только

условием терапевтического процесса, но и непосредственным лечебным фактором. Внедрение в практику комплексного лечения групповой психотерапии привело к качественным изменениям медико-педагогической системы в целом, поскольку взаимодействие пациентов приобрело собственный терапевтический потенциал (В.М. Шкловский, 1979).

В диссертационных работах наших сотрудников Л.М. Кроля (1987), Е.Л. Михайловой (1988) и в наших методических рекомендациях по применению методов групповой психотерапевтической работы с больными, страдающими заиканием (В.М. Шкловский, Л.М. Кроль, Е.Л. Михайлова, 1985), представлены различные аспекты групповой психотерапии при заикании; методы, технические приемы, учитывающие особенности клинических проявлений заикания и личности больных, а также роль групповой психотерапии в реализации общих целей и задач комплексной системы лечения заикания.

Переходя далее к описанию содержания групповой психотерапии при заикании, следует отметить, что группа, состоящая из больных с заиканием, обладает рядом специфических черт, затрудняющих реализацию данного подхода. Так, относительная гомогенность состава пациентов в сочетании с их фиксацией на дефекте речи создает почву для повышенной псевдосплоченности на основе внешне похожих жалоб и проблем; таким образом, тормозится развитие моделирующей и коррекционной функций группы. Ожидания заикающихся в отношении лечения, зачастую подкрепленные опытом предыдущих обращений за помощью, обычно предполагают логопедическую коррекцию, иногда суггестивную психотерапию, но никак не конфронтацию со своими личностными проблемами и конфликтами. Кроме того, нарушения устной коммуникации у больных искажают смысл дискуссии как опорной методики групповой психотерапии при неврозах: заикающиеся не только испытывают речевые и эмоциональные затруднения, но и отличаются тенденцией к монологическому высказыванию, своеобразным «коммуникативным эгоцентризмом». Все эти особенности группы, состоящей из заикающихся, требуют учета и специально организованного воздействия со стороны психотерапевта.

Помимо задач коррекции неадекватных отношений, установок и эмоциональных реакций (общих для работы с любым контингентом больных) групповая психотерапия при заикании должна гораздо большее внимание уделять самой проблеме общения как наиболее актуальной и острой.

У пациента — участника группы, как и у любого человека, есть имплицитное представление о себе как о носителе некоторого спектра особенностей общения. Оно может быть расплывчато и нереалистично, редуцировано и искажено, однако оказывает прямое влияние на сам процесс общения, оценку его успешности, восприятие других участников взаимодействия. Содержательная сторона представления о себе как субъекте общения является одной из важных проблем практической психологии. Сложность этой проблемы определяется рядом моментов. Одним из них является объективная необходимость учитывать значительное количество характеристик взаимодействия, далеко не всегда осознаваемых субъектом.

Так, индивидуальные особенности интонационно-мелодического рисунка, мимического реагирования, жестикуляции, пантомимики, способов структурирования коммуникативного пространства и времени и другие невербальные параметры, играя большую роль в коммуникативном поведении, обычно ускользают от внимания и не становятся предметом рефлексии. В то же время они являются не просто фоном для содержательной, смысловой стороны общения, а оказывают на нее существенное влияние. Разворачивание спектра конкретных, в том числе и невербальных, особенностей коммуникативного взаимодействия в доступной наблюдению и анализу форме может представить интерес как исследовательского, так и практического характера. Процесс групповой психокоррекционной работы с заикающимися, в свою очередь, может рассматриваться как разновидность естественного эксперимента, раскрывающего ряд таких скрытых сторон общения.

Упомянутые характеристики невербального поведения обычно не принимаются заикающимися во внимание, так как не связываются для него с его основной проблемой. Наблюдение свидетельствует об измененных, редуцированных невербальных составляющих коммуникативного акта у больных с заиканием. Без достаточной опоры на них, без их спонтанного, интуитивного учета и использования трудности в реализации речевого общения усиливаются. Чем больше пациент фиксирован на дефекте и вербальной сфере в целом, чем больше он склонен понимать всякое общение как состоящее преимущественно «из речи», тем больше он лишает себя естественной опоры на невербальные составляющие коммуникации, обедняя свои экспрессивные возможности и сосредоточивая все внимание на речи, которая при этом страдает еще сильнее.

Многолетний практический опыт лечения заикания позволяет думать, что, дифференцируя и развивая невербальное коммуникативное поведение больных с заиканием, удается одновременно

решать ряд задач. В их число входит коррекция представлений пациентов об их индивидуальных особенностях в общении, восстановление структуры нормальной устной речи (для которой, как известно, обязательна значительная опора на невербальные характеристики), ослабление фиксации на дефекте речи, преодоление стереотипов невротического поведения. Психотерапевтическая группа при этом становится одновременно условием и средством активного формирования более гибкого и адекватного коммуникативного взаимодействия.

Актуализация и проработка множества конкретных составляющих общения не проводятся в форме тренинга или дидактического разбора. Скорее всего, это было бы и невозможно ввиду отсутствия структурированной «грамматики» коммуникации. Кроме того, наличие внешнего контроля и оценки, необходимых при таком обучении, не позволяло бы проявляться целому ряду индивидуальных коммуникативных особенностей. Скорее, происходящее на занятиях можно сравнить — по аналогии с интенсивными формами обучения языкам — с непосредственным «погружением в языковую среду». Такая возможность создается введением в групповой психотерапевтический процесс (особенно в его начале) значительного объема невербального взаимодействия. Важно последовательное использование различных его возможностей: пантомимических, жестовых, интонационно-мелодических, мимических, связанных со структурированием пространства, темпоритмических и др. В специально разработанных сериях упражнений, носящих для больных достаточно легкий игровой характер, незаметно для них достигается значительное увеличение объема и вариативности невербальных проявлений в общении. Одновременно за счет привлечения внимания к различным сторонам коммуникативного поведения изменяется восприятие партнеров по взаимодействию, видение коммуникативной ситуации в целом, представление о себе как носителе определенных особенностей.

Участниками группы все в большей мере начинают осознаваться их индивидуальные свойства и отличия уже на уровне элементарного действия. Постоянное внимание ко множеству конкретных составляющих общения вызывает своеобразную «расфокусировку», ослабление фиксации на дефекте речи и вербальной сфере в целом. Кроме того, несловесное общение лишено у заикающихся привычных для речевых ситуаций негативных эмоций, не вызывает столь сильного страха и напряжения и позволяет свободнее проявляться коммуникативным установкам личности. В интенсивном невербальном взаимодействии значимые для данной личности поведенческие позиции и отношения приобретают наблюдаемый, интерпретируемый характер, давая обширный материал для последующих обсуждений.

Психологическая коррекция, осуществляемая через интенсивное взаимодействие в группе, позволяет оказывать влияние на все основные компоненты личности заикающегося: познавательный, эмоциональный, поведенческий — и способствует восстановлению личного и социального статуса больных, т. е. их психологической реабилитации. Вместе с тем проведение групповой психотерапии при заикании имеет свою специфику и требует учета особенностей группы, состоящей из заикающихся (ориентация пациентов на определенный тип лечения и стиль руководства группой, степень выраженности речевых затруднений и фиксация на дефекте речи, возрастной и половой состав и т. д.). Пеихо-коррекционная работа с группой заикающихся выдвигает ряд требований к построению занятий, модификации и соотношению применяемых методов, их роли в лечебном процессе. Соответственно весь курс групповой психотерапии, проводимый с больными заиканием в амбулаторных условиях, может быть разделен на 3 периода, или этапа. Эти этапы отличаются по целям и задачам, те или иные методические аспекты приобретают на каждом из них различный удельный вес, изменяются формы участия психотерапевта в занятиях группы, которая в своем развитии проходит новые фазы.

Методы групповой психотерапевтической и психокоррекци-онной работы отличаются значительным разнообразием и представляют широкие возможности для их развития и дифференциального применения в соответствии с конкретными запросами, выдвигаемыми клинической практикой. Из всего объема методов, техник, приемов в данном разделе подробно анализируются групповая дискуссия (как наиболее характерная и во многом опорная форма взаимодействия в группе), проективное рисование, ряд невербальных методик и несколько вариантов проведения социометрии в психотерапевтической группе. Описания даются на конкретных примерах и в соответствии с тем местом, которое данная форма работы занимает на различных этапах.

Общая характеристика методов групповой психокоррек-ционной работы.

Дискуссия традиционно занимает ведущее место в арсенале методов групповой психотерапии. В свободном обсуждении участниками своих проблем, конфликтов, отношений реализуются

различные функции психотерапевтической группы — моделирующая, коррекционная, информационная и т. д. Принято выделять интеракционную, тематическую и биографическую направленность дискуссии в группе Интеракционно ориентированная дискуссия посвящена анализу взаимодействия (интеракции), материалом для обсуждения является все непосредственно происходящее на занятии. Тематические дискуссии затрагивают значимые для пациента вопросы, формулировка которых предлагается психотерапевтом или самими участниками. Дискуссия, имеющая биографическую направленность, касается жизненного пути одного или нескольких пациентов, возникающих в реальной жизни проблем и конфликтов, способов их разрешения.

Именно в проведении дискуссии наиболее полно проявляется позиция психотерапевта, т. е. реальная направленность его действий, а также стиль ведения группы и способность взаимодействовать с ней на понятном и естественном для участников языке.

Под невербальной коммуникацией обычно понимаются жесты, мимика и другие двигательные проявления, пространственное расположение партнеров по общению, использование ими общего времени, предъявление тех или иных особенностей своей внешности. К этой же области относится ряд интонационно-мелодических составляющих самой речи — так называемые паравербальные характеристики. Кроме того, к рассматриваемой сфере относятся и те движения, которые не предназначаются для партнеров по общению, а являются, скорее, отражением внутреннего состояния.

Таким образом, невербальные проявления составляют достаточно обширную область в поведении человека и включают ряд самостоятельных подразделов, на каждый из которых может быть направлено организуемое психотерапевтом взаимодействие в группе.

Применение невербальных психотерапевтических методик основано прежде всего на усилении и развитии новых возможностей самовыражения и восприятия других людей в ситуации общения, из которого исключена речь. Большинство невербальных методик направлено на увеличение точности и тонкости восприятия самых разных выразительных возможностей партнеров по общению (так называемый тренинг сен-ситивности), отдельные направления составляют вокальные техники (включающие голосовое самовыражение и реагирование), экспрессивные танцы, пантомима и ряд других.

Наиболее распространенным способом включения невербальной коммуникации в психотерапевтический процесс является психогимнастика, при которой основным средством общения становится двигательная экспрессия. Психогимнастические занятия обычно состоят из двух частей: подготовительной и пантомимической.

В течение подготовительной части за счет простых двигательных упражнений игрового плана концентрируется внимание группы, актуализируется сама возможность передавать некоторый смысл без слов (например, в известном психогимнастическом упражнении предлагается «договориться о чем-либо с партнером по группе только с помощью жестов»). В различных играх и взаимодействиях, включающих прикосновение, постепенно достигается разнообразие непосредственного физического контакта участников, что способствует уменьшению эмоциональной дистанции.

Пантомимическая часть включает выражение отношений, проблем, конфликтов средствами двигательной экспрессии и может быть посвящена какой-либо одной проблеме (выбор, преодоление, поведение в неопределенной ситуации, отношение к моральному запрету, выполнение чего-либо против воли и т. д.), отношениям внутри группы, выражению эмоциональных состояний. Для всех психогимнастических упражнений существенно, что они имеют не только самостоятельный обучающий характер, а вписываются в общую структуру проведения групповой психотерапии. Невербальные техники дают группе новый, непривычный «язык», содержанием же того или иного занятия всегда являются индивидуальные особенности участников, их отношения и проблемы.

Психотерапевтический потенциал проективного рисования основан на возможности каждого пациента, пользуясь нетрадиционным способом выражения, передать через рисунок ряд своих мыслей, состояний, ощущений. Другие участники при обсуждении рисунка, в свою очередь, также проецируют свои проблемы, конфликты, потребности. Проективное рисование в групповой психотерапии отличается от различных вариантов использования рисунка как психодиагностической методики прежде всего тем, что не подразумевает единственно верного толкования изображения в пределах какой-либо схемы. Более того, сам процесс рисования — перевода пациентами своих чувств и мыслей на один из несловесных языков — может в ряде случаев быть важнее всей последующей интерпретации. В группе рисунки выполняются и обсуждаются достаточно субъективно, и мастерство

психотерапевта во многом состоит в том, чтобы не позволить участникам принять единый, внешне правильный и стереотипный подход.

Как правило, рисование и последующее обсуждение происходит в течение целого занятия. Темы, предлагаемые для рисования, могут быть различными и касаться как самого автора («Каким я себя вижу, каким я хотел бы себя видеть, каким меня видят окружающие», «Мои разные состояния», «Место, где мне хорошо», «Моя семья» и др.), так и других членов группы («Любой из присутствующих, каким я его себе представляю и каким он видит себя сам»). В ходе занятия по биографической ориентации, например, можно предложить всей группе рисовать кого-то одного в различных ситуациях, состояниях.

Проективное рисование может проводиться несколько раз в течение курса лечения, при этом и изменение самих рисунков, и изменения в поведении участников при обсуждении могут служить для психотерапевта тонким показателем интенсивности группового процесса.

Социометрическая методика известна в социальной психологии как способ исследования эмоционально-непосредственных отношений внутри малой группы, когда каждого из ее членов в индивидуальном порядке просят назвать тех пациентов, с которыми он предпочел бы (или, напротив, не хотел бы) участвовать в той или иной деятельности. В практике групповой психокоррекционной работы социометрия предполагает аналогичный выбор (позитивный и негативный), осуществляемый каждым участником по отношению к остальным в видимой, наблюдаемой форме. Последнее условие существенно меняет содержание происходящего, допускает появление множества модификаций и позволяет говорить о целом ряде примеров, организующих взаимодействие в группе по типу социометрии, но не являющихся способами объективного исследования. Для эффективного использования такого ряда приемов недостаточно ограничиться традиционным вариантом выяснения предпочтений и избеганий, симпатий и антипатий: в разработанном виде социометрическое взаимодействие может представлять значительно большие возможности, а его психотерапевтический смысл варьируется *в* зависимости от контекста занятий.

Так, социометрия может предлагаться группе не столько для проявления и обсуждения реально существующих отношений, сколько для создания напряженной ситуации, требующей (возможно, впервые в условиях данной группы) обмена не только позитивными, но и негативными выборами. В этом случае создавшееся напряжение изменяет атмосферу, катализирует проявления групповой динамики. При решении психотерапевтом других задач проведение социометрии становится только поводом для разворачивающейся впоследствии дискуссии, ее темой. На первое место выступает содержательный анализ того или иного выбора, осуществляемого участниками, интерпретация. Взаимодействие, организуемое по типу социометрии, может также служить для привлечения внимания пациентов к тем или иным особенностям поведения. В этом случае предлагается серия выборов, подразумевающих не просто предпочтение и отталкивание, т. е. не вообще позитивное или негативное отношение каждого к партнерам по группе, а его оценка конкретных признаков общения и поведения. (Например, предлагается каждому выбрать того человека в группе, который лучше других слушает, — и, напротив, того, кто выслушивать не умеет, того, у которого глаза участвуют в общении больше, чем у других, — и, напротив, того, у которого взгляд в общении почти не участвует, и т. д.). Само предложение сделать выбор по конкретному качеству (обычно это различные особенности, проявляющиеся в общении) актуализирует для группы это качество. Наконец, проведение социометрии может не создавать напряжения в группе, а напротив, служит его от-реагированию. Так, если некоторая значимая для пациентов проблема (чья-либо систематически возникающая агрессия, неравное участие в работе, существование подгрупп) явно выражена, но почему-либо не обсуждается, это начинает мешать работе. В таком случае может быть проведено взаимодействие типа социометрии, касающееся данной значимой для участников ситуации.

Следует отметить, что результаты социометрии в психотерапевтическом процессе далеко не всегда отражают дей ствительные отношения, и к ним нельзя относиться как к объективной картине жизни группы. Кроме того, при эффективной работе представления пациентов друг о друге быстро меняются, интенсивность общения велика, конфликты могут возникать и разрешаться не раз даже в пределах одного занятия. Поэтому всегда необходимо помнить, что взаимодействие по типу социометрии имеет частный, условный и ограниченный во времени характер.

Наиболее распространенные формы социометрического взаимодействия в групповой психотерапии — графическая и пантомимическая. В первом случае ведущий группы на большом листе бумаги символически обозначает присутствующих (кружки с инициалами, точно в том порядке, в котором пациенты реально располагаются в кругу). Предлагаются два мелка или карандаша

контрастных цветов, и каждый участник проводит от кружка со своими инициалами две стрелки, символизирующие его позитивный и негативный выбор. Графический вариант социометрии распадается, таким образом, на две части: собственно взаимодействие (принятие решения, его реализация, восприятие реакции группы, способы ухода от выбора) и обсуждение того «итога», который остается на листе.

Пантомимический вариант предполагает расстановку в пространстве (например, каждый по очереди так или иначе располагает остальных), при этом расстояние и положение, задаваемое им остальным, символизируют их отношение, степень контакта, меру участия в работе группы, похожесть и непохожесть друг на друга — в зависимости от того, какой параметр предложен. Этот вариант социометрии труднее обсуждать, так как он не оставляет материального «знака», к которому можно было бы возвращаться при обсуждении. Но такого рода взаимодействие обладает и своими преимуществами: оно проходит динамичнее, заставляет участников использовать все пространство комнаты, включает физический контакт. Наконец, в этом случае каждое действие может иметь больше оттенков, акцентов и за счет этого в большей степени являться материализацией реально существующих межличностных отношений в группе.

Не следует забывать также, что косвенно социометрический компонент присутствует в любой групповой ситуации: и в том, как пациенты рассаживаются в начале занятия, и в выборе партнера для какого-либо задания или игры, и в некоторых рисунках («Наша группа»), и в дискуссиях. Каждая ситуация, если ведущий группу психотерапевт находит это необходимым, может рассматриваться с точки зрения эмоционально-непосредственных отношений, хотя это составляет лишь один из многих возможных углов зрения.

Характеристика трех этапов амбулаторного курса групповой психотерапии больных, страдающих заиканием.

Основная цель первого, начального, этапа — формирование группы как непосредственного фактора воздействия (а не только условия проведения лечения). В этот период для ведущего группу психотерапевта или психолога актуальна задача преодоления псевдосплоченности пациентов. Это явление, характерное в начале лечения для любой психотерапевтической группы, значительно усилено у заикающихся. Псевдо-сплоченность на основе внешне похожих трудностей, одинаковых на первый взгляд проблем и переживаний тормозит развитие моделирующей и коррекционной функций группы.

Другая важная задача, решение которой начинается на первом этапе, — снятие у заикающихся защитной фиксации да дефекте речи, расширение и коррекция их представлений об общении и своих особенностях в нем.

В решении обеих задач большую роль играет создание в группе — с первого же занятия — интенсивного невербального (несловесного) взаимодействия. Предлагаемые пациентам упражнения служат не только двигательному и эмоциональному раскрепощению, хотя и оно необходимо и во многом формирует атмосферу занятий. Будучи направлены на конкретные особенности коммуникативной сферы участников, они делают наглядным существование трудностей и конфликтов в общении и вне речи. Построение психотерапевтом каждого занятия предполагает максимальное выявление различий между участниками и актуализацию для них как можно большего объема коммуникативных возможностей. В методическом аспекте важно, что в первый период происходящее в группе почти не обсуждается: от пациентов не требуется немедленного понимания связи их особенностей в общении, личностных черт, отношения к заболева нию. Короткие обсуждения, встроенные в непосредственное невербальное взаимодействие, носят описательный характер и служат прежде всего фиксации чувственного опыта.

Поскольку множество игровых несловесных микроситуаций актуализируют реально существующие компоненты коммуникативного акта, в этих упражнениях для пациентов становятся все более очевидными их привычные, повторяющиеся способы участия в общении, ускользающие от внимания в обычной жизни негибкие поведенческие стереотипы. Создаваемая на занятиях среда взаимодействия должна быть для участников постоянно меняющейся, динамичной, разнообразной и непривычной по форме, но при этом все время затрагивать различные стороны значимой для них сферы коммуникативного поведения. Одновременно создается особая групповая атмосфера, отличающаяся от атмосферы бытовых ситуаций: общение в группе приобретает для участников положительную эмоциональную окраску.

Еще одну задачу первого этапа ведения группы заикающихся составляет изменение их изначальной установки по отношению к психотерапевту. Эта установка (часто подкрепленная опытом предыдущего лечения) обычно включает представления о взаимодействии дидактического характера, направленном на речь как таковую, о ведущем группу специалисте как абсолютном лидере и малозначимых отношениях

с другими пациентами. Ожидания, касающиеся психотерапевта, отражают привычное отношение к любому формальному авторитету и предполагают собственное стереотипное (чаще всего — внешне конформное) поведение. Подобная позиция, выраженная у различных пациентов в неравной степени, но в целом все же характерная, непродуктивна, поскольку не позволяет использовать психотерапевтический потенциал межличностных отношений в группе.

Тактика ведущего направлена на то, чтобы, не отказываясь от взаимодействия с участниками, максимально обратить их друг к другу. Следует отметить, что при проведении амбулаторного курса лечения с больными, страдающими заиканием, конфронтация психотерапевта е группой в начальный период ее существования малоэффективна. Для того чтобы возникающее в группе напряжение, конфликты, в том числе и агрессия, направленная на ведущего, приобрели продуктивный характер, группа должна стать для участников значимой, привлекательной. Только в этом случае возможно поддержание так называемого группового баланса — динамического равновесия между поддержкой, заинтересованностью, подлинной сплоченностью и определенным напряжением, конфликтностью.

Возникающее у участников ощущение разнообразия и полноценности их общения на занятиях, улучшение их коммуникативного самочувствия (включающее двигательное и эмоциональное раскрепощение, отсутствие утомления после занятия), возникновение между пациентами значимых для них отношений позволяет говорить о сформированности предпосылок для перехода к следующему, второму этапу ведения группы.

На втором этапе происходит реализация указанных предпосылок, т. е. взаимодействие пациентов приобретает характер лечебного фактора в полном объеме. Группа заикающихся способна функционировать как психотерапевтическая: в центре внимания участников — их индивидуальные особенности; актуализированы различия в конкретных коммуникативных проявлениях, развиваются межличностные отношения, происходит интенсивное накопление материала для анализа.

Второй этап ведения группы отличается выраженным преобладанием интерпретативных методик. Проективное рисование, интерпретация пациентами символических пантомимических действий, обсуждение результатов социометрии, анализ спонтанного поведения участников сочетаются со всевозрастающим объемом тематических дискуссий. Важно отметить, что предлагаемые темы ориентированы прежде всего на выявление связей между отдельными коммуникативными проявлениями, которые вводятся в более широкий личностный контекст. В этот период становится возможным обсуждение и речевых особенностей пациентов, поскольку беседа такого рода уже не вызывает поверхностного сплочения группы заикающихся на основе внешне похожих трудностей. Проблемы, связанные с речевыми ситуациями, оказываются частным случаем коммуникативных трудностей и конфликтов. На первый план выступает задача последовательного создания развернутого коммуникативного портрета каждого участника группы, в основе которого лежит большой объем впечатлений и ощущений, полученных в период интенсивного невербального взаимодействия. При этом обсуждение сохраняет черты конкретности, наглядной чувственной отнесенности и безоценочности. От детального, подробного представления о коммуникативных особенностях каждого члена группы к аналитической, не содержащей прямых оценок интерпретации, — такова логика построения этой части курса. В течение второго этапа коммуникативно ориентированная групповая психотерапия все в большей степени начинает приобретать черты личностной ориентации.

По мере того как меняются установки пациентов в отношении ведущего, он может больше участвовать в обсуждении: если в начальный период желательно совсем отказаться от комментариев по поводу происходящего на занятиях, то на втором этапе психотерапевт может время от времени предлагать группе собственные интерпретации, формулировать вопросы, уточнять или прояснять для участников их высказывания. Поскольку в групповой психотерапии отношения ведущего группу специалиста и больных опосредованы динамикой складывающегося группового взаимодействия, психотерапевт может оказаться вовлеченным в самые разные ситуации: возможны попытки возложить на него ответственность за те или иные трудности, испытываемые участниками (например, затянувшееся молчание), могут иметь место любые интерпретации его поведения, откровенная агрессия в его адрес, поиск зависимости от него.

Поведение специалиста, ведущего группу, во всех случаях не может быть заранее регламентировано и во многом зависит от его личностных особенностей, но разрешение им конкретной ситуации всегда должно быть направлено на стимуляцию собственной активности пациентов, их самостоятельности и способности к эффективному взаимодействию, а также на поддержание группового баланса.

Описываемый этап амбулаторного курса групповой психо-коррекционной работы с заикающимися является самым продолжительным — от 15 до 20 занятий (в то время как начальный этап занимает, как правило, 6—8).

Третий, заключительный, этап ведения группы посвящается связи, существующей между коммуникативным портретом, создаваемым в предшествующий период, и теми личностными, биографическими, профессиональными проблемами, которые начинают сознаваться участниками. Поскольку фиксация на дефекте речи снята, перед пациентом возникает целый ряд новых вопросов, проблем иного уровня. Эмоциональный опыт членов группы расширяется, создается возможность переоценки имевшихся ранее способов реагирования, отношений, установок. Характерно, что темы, связанные с речевыми трудностями, теряют свою значимость, становятся второстепенными по отношению к темам, касающимся личных, семейных, профессиональных проблем или планов на будущее. Группа в этот период способна практически самостоятельно формулировать вопросы и развивать обсуждение, т. е. накопленный опыт общения позволяет помогать каждому участнику в вербализации и осознании его проблем, в их анализе, отреагировании и переосмыслении. Для зрелой группы характерно, что, переходя к более общим вопросам, она не утрачивает ранее приобретенного навыка видеть конкретные детали поведения. Напротив, эта способность развивается и может успешно переноситься во внегруп-повые ситуации, помогая в их разрешении. Таким образом, все в большей степени реализуется моделирующая и обучающая функция психотерапевтической группы.

В методическом аспекте на заключительном этапе важно, что четкие границы между отдельными методиками перестают существовать: на занятии используется весь полученный опыт, все способы взаимодействия. Так, в дискуссию могут спонтанно вплетаться элементы пантомимического разыгрывания ситуации, в качестве иллюстрации могут привлекаться выполненные раньше рисунки, постоянно используется опыт невербального взаимодействия. В этот период психотерапевт может предлагать тему для обсуждения наравне с другими участниками, включаясь в дискуссию в зависимости от сложившейся ситуации. Ни его активность, ни, напротив, отсутствие каких-либо действий с его стороны не могут помешать группе в ее работе над той или иной проблемой.

Тем не менее, участвуя в работе группы на равных основаниях и реализуя принцип партнерства, он продолжает в большей степени, чем другие ее члены, отвечать за все происходящее и в связи с приближающимся окончанием курса лечения стремится подготовить пациентов к этому событию. Подобно тому как в начальный период для ведущего важно преодолеть установку участников на зависимость от него, на заключительном этапе необходимо создавать у них ощущение все большей независимости также и друг от друга, ориентировать их на самостоятельную жизнь не только без помощи работающих с ними специалистов, но и без группы. Сами пациенты в этот период все более обращаются к своим жизненным целям и планам, внешним событиям и внегруп-повым отношениям. Психотерапевт, в свою очередь, поддерживает эти тенденции. Если групповая психокоррекцией-ная работа проводилась планомерно и эффективно, окончание курса лечения и отрыв от группы происходят достаточно безболезненно. В дальнейшем не исключаются индивидуальные встречи с психотерапевтом или психологом.

Начальный этап ведения группы

Проведение групповой психотерапии с заикающимися требует на первом этапе со стороны ведущего группу особого внимания к сфере несловесной коммуникации и владения соответствующими методиками. Как известно, невербальные компоненты входят в структуру нормального коммуникативного акта, являясь не второстепенными, а полноценными смыслообразующими составляющими. В силу фиксации на речи и изменений в коммуникативной сфере в целом у заикающихся зачастую страдают и эти компоненты, но, как правило, не становятся объектом психокоррекционно-го воздействия в рамках традиционных подходов. Кроме того, невербальное общение не окрашено для заикающегося привычными для речевых ситуаций негативными эмоциями, не находится в центре его внимания, не вызывает опасений и страхов. Именно поэтому применение невербальных техник позволяет психотерапевту (особенно в начальный период ведения группы) решить ряд технических задач, указанных в предыдущем разделе.

Невербальное взаимодействие в группе заикающихся предполагает достаточно систематическую проработку отдельных экспрессивных проявлений, но она должна восприниматься пациентами как тренировка, обучение. Следует обратить внимание на разнообразие и подробность этой работы, на ее творческий характер для группы, на те ощущения, которые испытывают участники. Поэтому при планировании этой части психокоррекционной работы важно продумать не только порядок, чередование, усложнение от-' дельных упражнений, но и использование в них

непосредственно возникающих на занятиях ситуаций, отношений между участниками, т. е. дидактическая сторона взаимодействия имеет право на существование, но не становится основной. Если в процессе занятия участники чувствуют все большую раскрепощенность, испытывают удовольствие от расширяющихся возможностей общения и самовыражения, незаметно и безболезненно начинают выходить за пределы своих коммуникативных стереотипов, освобождаются от дискомфорта и напряжения, целесообразность работы с невербальными проявлениями не вызывает у них сомнений. В этом случае психотерапевту не приходится объяснять смысл и назначение того или иного упражнения, напротив, представляет интерес самостоятельная трактовка группой этого вопроса. На шестом или седьмом занятии, после разнообразной и достаточно сложной психогимнастической части можно предложить пациентам высказать свои соображения о целях, смысле, направленности всего происходившего. Высказывания участников могут служить достаточно точным показателем интенсивности их взаимодействия и подлинности ощущений. Для психотерапевта представляет большую важность вопрос о том, насколько группа принимает предлагаемые ей упражнения как естественные и интересные, какова мера формальности в их выполнении у того или иного участ-ника, не возникает ли на занятиях чрезмерно легкая, только лишь игровая атмосфера.

При невербальном взаимодействии участники часто нарушают условие выполнять то или иное действие молча: появляются словесные реплики, вопросы по ходу упражнения, смех, комментарии. Речь в этом случае лишена той нагрузки (ожидание оценки, планирование длинного высказывания, привычное напряжение и страх), которая обычно сопровождает общение у заикающихся. Словесные реплики вплетаются в коммуникативное поведение постепенно, в игровой ситуации, в силу нарастания интенсивности взаимо действия и без каких-либо предложений со стороны ведущего, даже вопреки им. Для пациентов становится наглядным, ощутимым, что использование различных выразительных средств и внимание к невербальной стороне общения облегчает переход к речи; не заменяет слово, а является опорой. В дальнейшем такое улучшение речи на занятиях, посвященных в основном двигательной экспрессии, становится предметом обсуждения в группе.

Примеры. Коммуникативные стереотипы включают в себя в качестве существенной и обычно не осознаваемой части стереотипы двигательные. Поэтому, прежде чем переходить к невербальной коммуникации, целесообразно предлагать пациентам простые упражнения, направленные на дезав-томатизацию привыганого двигательного поведения. В качестве примера подробно описывается серия таких упражнений, подготавливающая последующую работу с жестом.

1. Участникам группы предлагается: а) каждому рассмотреть свои руки как можно подробнее, потрогать их, расслабить и напрячь отдельно пальцы, ладонь, запястье; б) сделать несколько плавных, округлых движений кистью; в) подключить к этому движению локоть, а затем плечо и лопатку; г) сделать рукой волнообразное движение, при этом не наблюдая ни за другими пациентами, ни за собой, а стараясь почувствовать волнообразное движение мышечно; д) представить себе, напротив, жестко-шарнирное устройство речи и попробовать сделать ряд движений таким образом; е) сделать несколько простых движений руками, придав им сильное замедление и внимательно следя за своими ощущениями; ж) совершить ряд совсем мелких, невидимых со стороны, но ощутимых движений плечом, всей рукой, только запястьем и кистью, только пальцами; з) снова вернуться к плавным широким движениям, так, чтобы они начинались не от кисти, а от плеча; и) представить себе, что рука — это: «малярная кисть в работе», «нож, со свистом рассекающий воздух», «тающий на солнце воск», «бьющаяся рыба», «лист на ветру (бабочка)», «распускающийся цветок».

Такого рода серия постепенно усложняющихся упражнений может быть продолжена и, напротив, укорочена при необходимости. В описываемом варианте к началу работы с жестом уже происходит некоторое обогащение пластики за счет отказа от воспроизведения бытовых стереотипов жес-тового поведения и большего, чем обычно, внимания к вариациям и оттенкам в пределах каждого движения.

Аналогичные подготовительные серии могут касаться любого невербального проявления (походки, осанки, позы в целом, расположения в пространстве, мимики, взгляда). Эти упражнения не рассчитаны на внешнюю выразительность, напротив, они должны привлекать внимание участников к собственным ощущениям и расширять спектр этих ощущений. Поэтому в ходе занятия совершенно исключены комментарии, оценки, разделение пациентов на «правильно» и «неправильно» выполняющих то или иное движение. При разработке психотерапевтом соответствующих подготовительных серий для конкретной группы необходимо опираться на реальные пластические возможности участников,

учитывать привычную для них лексику, стараясь не предлагать для выполнения того, что может смутить, напрячь или показаться непонятным.

2. Элементы невербальной коммуникации могут с успехом использоваться для создания у группы представления о различии в поведении участников, разнообразий особенностей общения каждого.

Так, на первом занятии предлагаются элементарные коммуникативные действия (поздороваться, привлечь чье-то внимание, попрощаться и др.), которые естественны для первой встречи любых людей, но при этом способ их непривычен: например, поздороваться только движением руки, только глазами, только поклоном, только лицом. Кроме того, подразумевается максимальная вариативность, т. е. предлагается здороваться с каждым по-разному, не повторяясь. Эти упражнения легки для выполнения, не вызывают вопросов, но исподволь начинают актуализировать для группы различия между участниками уже на уровне элементарного коммуникативного действия.

Подобные серии упражнений, основанные на достижении максимальной вариативности средств выражения, могут предлагаться и в дальнейшем. Содержание взаимодействия при этом изменяется и может включать возникшие в группе отношения, значимые для пациентов проблемы и ситуации.

3. Усложняющееся невербальное взаимодействие (3—4-е занятие).

После короткой проработки различных невербальных проявлений, носящей характер разминки (см. выше), участникам группы предлагается, сидя в кругу, обменяться жестами: а) вопроса — ответа; б) приближения партнера — удаления, дистанцирования; в) обвинения — оправдания; г) просьбы — реакции на нее. Затем предлагается каждому участнику обратиться ко всем по очереди; а) жестом, а получить ответ в виде интонированного междометия; б) только голосом, без слов — партнер отвечает изменением позы; в) обращение взглядом, мимикой — ответ жестом. Содержание взаимодействия такого рода порождается все более спонтанно, ведущий группу предлагает только способ выражения. Возникающий к 3—4-му занятию интерес пациентов друг к другу, складывающиеся в группе отношения не позволяют подобным упражнениям оставаться только лишь отработкой экспрессивного поведения, появляется живой и осмысленный «невербальный диалог». Как и во всех других случаях, формулировки заданий должны быть максимально приближены к языку самой группы.

4. Разнообразные варианты зеркального повторения представляют собой особый вид невербального взаимодей ствия. Кроме известного упражнения «Зеркало» (группа разбивается на пары, один человек повторяет движения второго), возможны самые различные совместные «зерка ла», когда все участники одновременно следуют за движе ниями кого-то одного, затем инициатива переходит к сле дующему пациенту. Такие упражнения, включающие зеркальное повторение, выполняются по кругу (сидя или стоя). «Зеркало» может изменять характеристики повто ряемого движения: замедлять его, ускорять, утрировать — тем самым давая возможность лучше ощутить пластичес кий почерк каждого пациента и ему самому, и партнерам по группе. В качестве инструмента зеркальное повторение может применяться для быстрого разрешения возникаю щих на занятии микроситуа-ций: например, вместо обсуж дения поведения пациента, демонстрирующего безразли чие и неучастие в работе, остальные как можно точнее изображают его.

В зеркальных упражнениях хорошо ощущаются партнерские качества, возникают невольные сравнения, что, в свою очередь, реализует задачу выделения максимума различий между участниками. Кроме того, за счет повторения разнообразных движений, не свойственных собственной пластике, происходит постепенное обогащение экспрессивных возможностей, создается своего рода среда «обмена» невербальными проявлениями, что помогает расшатыванию двигательных стереотипов, привычных способов реагирования. Работа с «зеркалом» может проводиться в отношении любого невербального проявления и легко сочетается с другими видами взаимодействия.

5. «Лепка» («Скульптура») — один из приемов пантомимической фазы психогимнастики, допускающий много модификаций с разной смысловой нагрузкой. Так, предлагая каждому «усадить всех остальных в самые удобные, естественные позы», ведущий группу актуализирует у участников

непосредственное ощущение физического состояния друг друга, характерных мышечных напряжений. Однако «Лепка» может носить и более условный характер: «Групповая скульптура, украшающая парк», «Старинная фотография », « Зоопарк », « Фантастическое многоголовое чудовище », «Собачья упряжка», «Цирк», «Музей восковых персон» и др. Такие задания предполагают быстрое, легкое включение пациентов в атмосферу импровизации, игры; при этом содержательная, проективная сторона во время выполнения может не акцентироваться. Так же как и при других невербальных взаимодействиях, преждевременное обсуждение тормозит спонтанное поведение членов группы, делает его более осторожным и формальным.

Еще один вариант: «Лепки» состоит в том, что всем предлагается разбиться на пары, один участник становится «скульптором», а второй — «материалом»; затем они меняются ролями, после чего пара распадается, и каждый ищет нового партнера для работы. В этом случае достигается постоянное участие во взаимодействии всей группы и облегчается возможность сравнивать, поведение, пластику, способ установления тактильного контакта у разных участников. Соответственно, темы «Лепки» также несколько меняются. Предлагается, например, мягко и осторожно «размять своего партнера, подобно тому, как скульптор разминает глину», почувствовать и попытаться снять у него избыточное напряжение — «изучить свой материал». Только после этого можно переходить к выражению через позу тех или иных состояний, пластических образов. Например, в течение 25—30 минут вся группа «лепит» последовательно: а) манекен в витрине; б) печальное надгробное изваяние; в) хищного зверя перед прыжком; г) маленького ребенка; д) автопортрет «скульптура».

Тематика «Лепки» зависит от того, какие состояние и проблемы актуальны для пациентов, и может варьировать достаточно широко. Важно следить за тем, чтобы количество предлагаемых «сюжетов» не заменяло для участников сосредоточенного, внимательного контакта друг с другом, чтобы они не утомлялись и не переходили к поверхностному, только лишь игровому выполнению задания.

В зависимости от контекста занятия одно и то же упражнение, включающее невербальную коммуникацию, может выполнять различные функции: служить в большей степени отреагированию состояний пациентов или, скорее, представлять материал для интерпретации; выполнять роль паузы, переключения в ходе занятия или, напротив, становиться центральным. Задача ведущего группу состоит в сочетании разнообразных заданий в естественной, живой последовательности.

Переходя к описанию групповой дискуссии, следует отметить, что в начальный период дискуссионные фрагменты требуют ограниченности во времени и максимальной конкретизации предмета обсуждения. Пациенты должны постепенно приобретать навыки детального, точного описания друг друга, при этом желательно исключить использование бытовых оценочных категорий. Ограниченный объем и конкретность темы не позволяют говорящему строить свое высказывание как монолог, «выступление». В группе, состоящей из заикающихся, это немаловажно, так как у них выражена тенденция первоначально воспринимать других участников скорее как сочувствующую аудиторию, чем как партнеров по диалогу, взаимодействию. Если же тема конкретна и предполагает внимание к особенностям коммуникативной сферы каждого из присутствующих, возникает воз можность добиться обмена высказываниями, придать им диалогический характер и тем самым изменить структуру общения в группе и увеличить его интенсивность. В этой ситуации даже негативно настроенному пациенту трудно отмолчаться, ссылаясь на речевые трудности или незнание темы разговора. Группа обычно его не поддерживает, ожидая равного участия от всех и понимая такого рода отказы как проявление равнодушия, отсутствия интереса к другим участникам.

Темы дискуссионных фрагментов первого этапа предполагают постепенную вербализацию полученного конкретно-чувственного опыта общения. Короткие обсуждения обычно встроены в невербальные взаимодействия и касаются отдельных коммуникативных особенностей (взгляд, поза, жест, способы установления контакта). Переход к проблемной дискуссии, занимающей целое занятие, становится оправданным только тогда, когда на опыте этих коротких обсуждений у заикающихся сформируется способность продуктивного вербального взаимодействия, т. е. когда они смогут участвовать в общем разговоре, исходя из его направленности, а не из собственного желания безупречно выступать перед аудиторией. Возникновение в группе диалогического взаимодействия во многом определяется поведением психотерапевта, так как участники склонны усваивать, перенимать те или иные способы ведения беседы, характер его реплик и комментариев. Поэтому особенно важно именно на первом этапе ведения группы воздержаться от оценочных суждений, собственных интерпретаций поведения пациентов, развернутых высказываний монологического характера.

Приведем ряд примеров тем для обсуждения, которые могут предлагаться в начальный период и непосредственно связаны с невербальным взаимодействием. Приводимые примеры очерчивают круг вопросов, которые могут предлагаться группе в этот период; количество подобных обсуждений, их подробность и глубина, а также та формулировка, в которой тема предлагается пациентам, зависят от многих конкретных обстоятельств и не могут жестко регламентироваться.

1. «Как участвуют в общении глаза разных участников нашей группы? »

При обсуждении важно учитывать, что заикающиеся, испытывая речевые трудности в момент общения, часто склонны «терять» партнера, сосредоточиваясь только на своих переживаниях и возможной оценке. Необходимость внимания к партнеру и его реакциям, возможные варианты и оттенки визуального контакта составляют существенную часть раскрытия данной темы в группе.

2. «Что можно сказать о руках участников нашей груп
пы?», «В каких ситуациях можно представить себе руки
каждого? »

Материал для обсуждения накапливается при наблюдении за жестами, во время собственных попыток точного зеркального повторения движений партнеров по группе, при непосредственном тактильном контакте. Разговору на данную тему должно быть предпослано достаточно длительное (не менее получаса) и интенсивное невербальное взаимодействие, оживляющее в памяти участников эти конкретные впечатления.

3. «Наши лица».

Эта важная и очень обширная тема допускает множество конкретных вопросов: что обращает на себя внимание в лице того или иного участника группы, а что остается как бы в тени, по каким конкретным проявлениям мы узнаем, что этот человек, например, устал, сосредоточен или внутренне напряжен (желательно не упоминать обобщенных эмоциональных состояний типа «огорчен» или в «хорошем настроении»); как лицо участвует в общении, каковы его мимические возможности. Тема, касающаяся лица, может быть предложена группе только в том случае, если ведущий уверен в заинтересованном отношении пациентов друг к другу, в том, что они способны оказывать поддержку и разряжать возникающее напряжение.

Разговор о лице может быть разделен на несколько занятий, не идущих подряд одно за другим (некоторые из них выходят за пределы начального этапа ведения группы). В зависимости от контекста каждого такого занятия и от течения психотерапевтического процесса формулировки вопросов, предлагаемые ведущим, могут несколько изменяться, усложняться и детализироваться. Возникают важные подтемы, касающиеся, например, стереотипных форм мимического поведения («Какие маски есть у каждого из нас? Почему мы догадываемся, что это именно маски?»); возможности мимического отреагирования («Каким состояниям мы не позволяем отражаться на своем лице и почему?»), непосредственно происходящего в данный момент («Наши лица сейчас, в эту минуту») и даже моментов биографических («Как менялось лицо каждого из нас в течение последних 10 лет и что будет происходить с нашими лицами дальше?»).

Приводимые формулировки не являются исчерпывающими: описание человеческого лица и круг возникающих при этом проблем предоставляют огромные возможности для расширения и углубления представлений участников группы друг о друге.

4. В контексте невербальных взаимодействий можно предлагать пациентам обсуждение и тех конкретных особенностей коммуникативного поведения каждого, которые не так очевидны, как мимика и жестикуляция. К области этих (более скрытых и чаще ускользающих от внимания) невербальных проявлений относится, например, возникновение почти невидимых, но ощутимых для окружающих напряжений в позе, взгляде, голосе и их влияние на ход общения; участие в коммуникации, на первый взгляд не обращенных к собеседнику спины и плеч; восприятие и построение каждым своего коммуникативного пространства.

Предлагаемые темы зависят от того, с какой подробностью прорабатывается спектр невербальных проявлений и насколько он полон. Будучи предложенными без опоры на реальный, непосредственно полученный опыт, они могут вызвать только недоумение, причем оно будет вполне оправданным и не может быть интерпретировано как негативное поведение. Скорее, это будет означать, что для пациентов тема носит искусственный, умозрительный и потому странный характер, не выражает ощущений участников. В ситуациях, где обсуждениям предпослано подготовительное невербальное взаимодействие, подобные темы наполняются смыслом и дают группе возможность в обсуждении расширять свои представления об общении и собственных коммуникативных особенностях.

В качестве возможных ошибок при построении занятий начального этапа следует упомянуть опасность преждевременной вербализации ощущений пациентов. Когда в ходе сложного (в силу непривычности) взаимодействия ведущий настойчиво спрашивает «Что вы чувствуете?» или «Что означает поведение такого-то?» — у членов группы возникает впечатление, что они не знают ответа на простой вопрос, и вместо внимательного и подробного погружения в часто смутные и противоречивые ощущения пациенты торопятся их объяснить, невольно переходя на бытовой, стереотипный и оценочный язык. Здесь существенную помощь в работе с группой может оказать ассоциативное описание, так как его свободный, косвенный характер отчасти снимает противоречие между обилием, сложностью ощущений и бедностью бытового языка. Так, вместо прямого обсуждения пластических особенностей и мышечных напряжений, характерных для участников, возможны следующие вопросы игрового плана: «Какими глаголами — не меньше 7—8, а лучше еще больше — можно было бы описать манеру двигаться каждого из нас?», «Как вам кажется, на какую игрушку похож каждый (имея в виду не только ее внешний вид, но и фактуру, размер, материал возможного владельца)», «С каким растением, с каким животным и с каким пейзажем ассоциируется каждый из нас?» Такие вопросы подразумевают свободное, субъективное описание, помогающее перевести конкретно-чувственный опыт участников в вербальный план.

Перед членами группы не ставится при этом задача прийти к единому мнению, напротив, ценность представляет именно разнообразие, а часто и противоречивость представлений о каждом. В ходе занятия пациент получает возможность услышать как минимум 9—10 описаний себя (по числу участников). Выбор психотерапевтом того вопроса, который вызовет живую реакцию группы и обеспечит интересное и продуктивное взаимодействие, зависит от соответствия этого вопроса реальному опыту участников, в том числе и ощущениям сегодняшнего занятия.

5. В конце описываемого периода объем дискуссионного материала, предлагаемого группе, может возрастать. Так, возможен разговор в течение целого занятия на тему «Привлекательные особенности в поведении каждого участника нашей группы». В этом случае под «особенностями» — для группы это очевидно и не нуждается в пояснениях — имеются в виду прежде всего те штрихи и детали невербального коммуникативного поведения, которые в совокупности формируют то, что называется «манеройповедения», «индивидуальнымстилем». Предложение описывать именно привлекательные черты не отменяет возможности конфликтов, агрессии или любых других «негативных» проявлений; здесь точно так же могут сталкиваться разные способы восприятия и поведения, как и при обсуждении любой другой темы. Важно в данном случае исподволь показать группе, как много она научилась видеть в поведении конкретных деталей, которые во многом определяют формирование впечатления о другом человеке.

Роль взаимодействия, организуемого психотерапевтом по типу социометрии, также заключается в актуализации как можно большего количества различных составляющих коммуникативного поведения. Так, на одном из первых занятий — скорее всего, на втором или третьем — после значительного объема невербальных упражнений группе предлагается графическая «социометрия» на многих больших листах, выполняемых разными цветами. Выбранные параметры касаются конкретных особенностей коммуникативного поведения, причем в основе лежит не противопоставление правильного и неправильного, а скорее противопоставление статичного, монотонного, одинакового — живому, меняющемуся и разнообразному. Конкретные вопросы могут звучать примерно так: «У кого из нашей группы лицо участвует в общении больше, чем у всех остальных? А у кого — меньше, чем у других? » (соответственно каждым рисуются две стрелки контрастных цветов); «У кого из группы самые живые руки? А кто общается так, как будто их вовсе нет?» (предлагается новый лист бумаги и другие цвета); «У кого в беседе, в общении самые разнообразные глаза, а чьи глаза мало меняются, остаются одинаковыми, что бы ни происходило?»; «Чей голос самый гибкий и изменчивый, а чей — самый монотонный? »

Конкретные вопросы и в этом случае зависят от того, насколько подробно прорабатывается та часть курса, которая посвящена невербальным проявлениям в общении. Разворачивая целую серию сравнений участников группы в плане их экспрессии, ведущий одновременно преследует несколько целей: привлекает внимание к тем особенностям, которые потенциально могут быть по-своему выразительны у всех, постановкой вопросов вводит идею разнообразия и гибкости как сильной стороны общения; создает у членов группы ощущение большей непохожести друг на друга, чем им казалось вначале.

Полученные схемы, состоящие из кругов и стрелок, обсуждать не стоит, лучше просто их рассмотреть вместе с группой. Рассматривая листы, психотерапевт снова привлекает внимание к тому качеству, той особенности, о которой шла речь, возникает возможность лучше ее ощутить и запомнить. Подобное взаимодействие не следует вводить позднее третьего занятия, так как дальнейшее развитие группы предполагает возникновение эмоционально заряженных отношений, влияние которых существенно изменит смысл происходящего. Описанный прием не является разновидностью социометрии в точном смысле слова, но подготавливает будущие занятия, включающие ее проведение. Кроме того, он дополняет работу ведущего группу (врача или психолога) по преодолению изначальной установки заикающихся на восприятие себя как людей «с одинаковым дефектом», скорее им предоставляется возможность почувствовать себя «людьми с различными достоинствами» . Оставшиеся после занятия схемы можно сохранить: по соответствующему поводу бывает полезно вернуться к ним через 10—12 занятий, когда поведение пациентов изменится, а восприятие друг друга значительно усложнится.

Второй этап ведения группы

На этом этапе группа, опираясь на полученный опыт, постепенно вырабатывает собственный язык для обсуждения: житейские определения становятся недостаточными и не способны отразить происходящее на занятиях. Подробное и безоценочное описание участниками группы поведения друг друга становится для них своего рода творческой задачей, привлекательной не только содержанием, но также новизной и трудностью. Создание развернутого коммуникативного портрета каждого члена группы позволяет пациенту в течение одного занятия и быть в центре внимания, и наблюдать, и самому предлагать свое описание, свою интерпретацию, т. е. выполнять роль эксперта — человека, компетентного в отношении проблем общения. Последнее имеет для заикающихся большое значение, так как ощущение своей состоятельности в общении само по себе оказывает психотерапевтическое воздействие, является источником эмоционального коррективного опыта.

На втором этапе продолжает формироваться представление о различиях в потребностях, конфликтах и трудностях участников. В группе возникают и развиваются эмоционально заряженные отношения, дискуссии становятся острее. Одновременно усиливается тенденция воспринимать все происходящее на занятиях как отличное от всех предыдущих жизненных ситуаций и представляющее особую ценность. В высказываниях участников исчезает противопоставление заикающихся «хорошо говорящим», перестает подчеркиваться собственная роль пациентов, ожидающих воздействия со стороны психотерапевта. Характерно, что они начинают избегать слов «больной», «лечение», предпочитая называть свои встречи «занятиями», а себя определяют через принадлежность к данной конкретной группе, через общий опыт. Заикание начинает восприниматься в контексте особенностей общения, как одна из трудностей (часто не самая главная), связанная со множеством других характеристик коммуникативного поведения.

Психотерапевт, ведущий группу, все в меньше степени воспринимается как формальный и абсолютный лидер, в связи с чем он может принимать большее участие в обсуждениях: вероятность того, что его слова окажутся «слишком важными» и подавят собственную активность участников, уменьшается. В этот период ведения группы актуализируется круг разнообразных тем, касающихся индивидуальных особенностей членов группы, межличностного восприятия, понимания смысла и целей группового взаимодействия. Кроме того, предметом анализа может становиться любая спонтанно возникающая на занятии ситуация, если ее рассмотрение позволяет раскрыть какие-либо механизмы интеракции, способы эмоционального реагирования участников. Для ведущего группу важно научиться сочетать продуманные им вопросы и материал непосредственного взаимодействия. Приведем несколько примеров тем, предлагаемых пациентам для обсуждения на данном этапе.

1. «Какие существуют способы установления контакта с собеседником, партнером?»

Предметом обсуждения становится прежде всего коммуникативное «микроповедение»: способы приближения и дистанцирования, использование совместного пространства и времени, невербальные знаки поддержания контакта и его окончания. Самой дискуссии может быть предпослана психологическая часть занятия, в которой проигрывается ряд вариантов установления и развития контакта (определяемого положением в пространстве, тактильного, поддерживаемого за счет взгляда, интонации). При обсуждении не стоит прямо требовать от пациентов использования этой вводной части занятия как материала для анализа — она, скорее, должна настроить их определенным образом и напомнить ряд особенностей друг друга. Следует обратить внимание на то, чтобы участники группы не переходили в дискуссии к суждениям о «контакте вообще», а говорили как можно более подробно о присутствующих.

2. «Говоря о привычках, особенностях, манере общения, — что бы вы позаимствовали у каждого из нас; что бы добавили каждому (чем бы дополнили его манеру); наконец, от чего каждый мог бы отказаться без ущерба для своего стиля общения?»

Хотя формулировка этой — как и любой другой — темы в каждом случае подбирается специально для данной группы, все же желательно, чтобы в ней не звучало оттенка недостатка, неполноценности. Например, выражения «чего кому не хватает» или «что кому мешает» представляются неудачными. Ответы на все три вопроса еще не составляют обсуждения, это, скорее, материал для него. «Первый круг» разговора удерживается ведущим в довольно подвижном темпе и в интонации, скорее, игровой (крайне нежелательно превращение обсуждения в разбор достоинств и недостатков). Неслучайный характер тех или иных «привычек» в общении, отражающиеся в них более глубокие особенности личности, зависимость от отношения к партнеру по взаимодействию — таково возможное содержание «второго круга» обсуждения. При этом важен самостоятельный переход группы от описания единичных признаков к их связи, привлечение для иллюстрации непосредственно происходящего в данный момент. В результате участники сами снимают внешне простую и достаточно условную постановку вопроса, и «первый круг» разговора становится поводом для дальнейшей дискуссии.

3. «Что можно сказать о том, как разные участники нашей группы двигаются и как говорят?»

Эта тема интересна не только возможностью связывать проявления различных уровней поведения, но и тем, что в обсуждении можно прямо наблюдать степень осознания заикающимися своих речевых особенностей. В частности, при интенсивной предшествующей работе с группой оказывается, что пациенты могут ввести в описание речи множество параметров: интонационных, ритмических, темпа и соотношения темпов, громкости. Выясняется, что о речи можно сказать очень многое, значительно больше того, что в ней «есть запинки» или она «нормальная». Подробное описание манеры говорить каждого из участников в сопоставлении с двигательной экспрессией помогает им увидеть свои особенности в более широком контексте, исключающем фиксацию на дефекте речи.

Важно, чтобы наблюдения и описания носили характер незаконченного текста, который может продолжаться, дополняться и претерпевать изменения. Как правило, задача поиска общего в разных проявлениях одного человека воспринимается как очень увлекательная, обсуждение проходит живо, количество конкретных наблюдений не исчерпывается, а возрастает. Если психотерапевт не уверен в том, что пациенты самостоятельно придут к мысли о связи вербального и невербального в общении, он может сформулировать свой вопрос более прямо, например: «Что общего между тем, как каждый из нас говорит и как он двигается?»

4. «Что мне непонятно (кажется странным) в поведении других участников группы?» или «Что может казаться странным, непонятным в моем поведении?»

Подобная тема обычно предлагается не специально, а по конкретному поводу: например, в связи с противоречивым пониманием участниками чьего-либо высказывания, поступка. Если тема вызывает сильное напряжение, смущение, то, возможно, она предложена слишком рано и воспринимается как оценочная, «диагностическая». В таком случае, скорее всего, не стоит настаивать на немедленном прямом обсуждении, лучше перевести вопрос в более «легкий», игровой план (например, «Какие чудачества, странные хобби, забавные привычки могли бы быть у разных членов нашей группы?»), а к проблеме стереотипов межличностного восприятия вернуться позднее и на другом материале.

5. «Кто что вносит в работу нашей группы?»

Эта тема предполагает не столько деление на активных и пассивных участников, сколько качественный анализ различных способов их участия в групповом взаимодействии. Характерно, что в этой дискуссии пациенты зачастую дают свои определения того, что они понимают под «работой группы» и как осознают цели этой группы. Вместе с тем общий смысл может значительно меняться в зависимости от того, когда предлагается подобная тема: чем раньше происходит обсуждение, тем менее очевидно для участников личное влияние каждого на ситуацию и ответственность за все происходящее. Поэтому в начале описываемого этапа подобный разговор обычно строится вокруг проблем активности, самостоятельности, авторитета ведущего, отчасти — лидерства в группе. В то же время, будучи предложена позднее, тема раскрывается несколько иначе: главным становится подробный

анализ участия каждого во взаимодействии с остальными и те межличностные роли, которые при этом складываются.

6. «Первое впечатление о каждом из нас и последующие изменения этого впечатления».

Перед тем как обсуждать эту тему, можно предложить участникам, закрыв глаза, вспомнить самое первое занятие — его отдельные фрагменты, свое самочувствие и все, что удается воссоздать в памяти про каждого из присутствующих. Такая настройка значительно увеличивает объем конкретных воспоминаний, косвенно стимулирует сравнения первоначального и сегодняшнего представлений друг о друге. В данной теме можно выделить два различных направления, каждое из которых может быть развито в интересную и продуктивную дискуссию: действительный анализ того, каково было «первое впечатление», чем оно определялось, и неизбежно возникающий в обсуждении мотив динамики, изменений в поведении того или иного члена группы. Последнее тем более важно, что не задается в формулировке темы, т. е. любые наблюдения и выводы пациентов носят самостоятельный характер.

7. «Какие преимущества может давать заикание в разных ситуациях?»

Как и все «неприятные» темы (касающиеся негативных проявлений, установки на пассивную, беспомощную позицию, эгоцентрического понимания общения), эта тема предлагается только в том случае, когда ведущий группу уверен в возможности ее продуктивного раскрытия. Преждевременное обсуждение тем этого круга чревато новым объединением пациентов в защитной позиции. Когда же фиксация на дефекте речи снята, интерпретация указанной темы в группе носит живой, но более спокойный, аналитический характер. Более того, приводя различные примеры из групповых ситуаций, участники часто сами признают ложным свое сплочение на основании «общего дефекта» в начале курса лечения, по-новому анализируют возникавшие на занятиях трудности (например, молчание или агрессию, направленную против психотерапевта под девизом «Вы нас не понимаете»). Критерием того, что данная тема опирается на изменившийся уровень осознания участниками группы своих проблем, может служить то, что она обсуждается (хотя бы отчасти) в категориях прошедшего времени: «пользовался», «боялся», «привлекал внимание» и т. д. ,,

Невербальное взаимодействие на втором этапе ведения группы продолжает усложняться, становясь важным звеном для перехода к новым формам общения между участниками. В частности, упражнения, подобные описанным в примере 3 предыдущего раздела, могут стать переходом к ролевому разыгрыванию ситуаций («просьба», «вопрос», «угроза», «сопротивление давлению», «извинение»). Общий план введения разыгрывания ситуаций в работу группы заключается в том, что вначале они предлагаются как очень короткие и несловесные (обмен «невербальными репликами»), затем удлиняются и усложняются (например, пантомимически разыгрываются трудные, конфликтные или наиболее характерные моменты в общении). Словесные реплики вводятся только тогда, когда у пациентов возникает ощущение необязательности слов для взаимодействия, а спектр других выразительных возможностей обогащается. Именно в этом случае, на фоне выполняемых действий и при опоре на них, речь заикающихся на занятиях улучшается и одновременно перестает быть самоцелью. Предлагать группе заикающихся ролевое разыгрывание ситуаций без предшествующей проработки невербального взаимодействия представляется нецелесообразным.

Материал для разыгрывания может носить реальный, биографический характер или быть полностью воображаемым, условным и даже фантастическим. Основной спецификой разыгрывания ситуаций является то, что участник группы действует «здесь и сейчас», а не рассказывает остальным, как то или иное событие происходило или могло бы происходить. В качестве вспомогательных приемов может использоваться «монолог» — когда участник группы пытается перевести в план внешней речи то, что обычно является предметом его внутреннего монолога в той или иной ситуации; «дублирование» — когда второй пациент, присоединяясь к происходящему, в своих действиях в репликах разворачивает подтекст ситуации, ее скрытый смысл и, наконец, обмен ролями. Последний прием эффективен, в частности, при работе над конфликтным, непродуктивным взаимодействием, когда жесткие ролевые установки, искажения межличностного восприятия, ригидные поведенческие стереотипы становятся хорошо видимыми и зачастую замечаются всей группой, кроме тех, кто их демонстрирует. В этом случае обмен ролями позволяет достигнуть лучшего осознания пациентом своего реального поведения, чем неоднократные описания «со стороны». Все описанные приемы могут сочетаться и варьироваться в зависимости от тех задач, которые решаются на конкретном занятии.

В психотерапевтической группе целый ряд невербальных взаимодействий не направлен на развитие или коррекцию экспрессии, межличностного восприятия и касается не столько

отдельного участника, сколько группы в целом. К таким взаимодействиям относятся, например, различные варианты падения с поддержкой (каждый пациент, расслабившись, падает, а группа его подхватывает и мягко, обеспечив максимум безопасности и комфорта, возвращает в исходное положение). Возникает возможность непосредственно ощутить взаимную помощь, общность, ответственность за каждого участника. Все невербальные упражнения, включающие действия группы, оказывают сильное влияние на атмосферу занятия. Поэтому, предлагая пациентам те или иные совместные действия, психотерапевт может переводить состояние группы в другой «регистр»: успокаивать, оживлять, снимать совдавшееся напряжение, концентрировать внимание, настраивать участников на определенный лад. Такое опосредованное воздействие оказывается обычно более эффективным, чем прямые указания ведущего «собраться» или «расслабиться».

Проективное рисование сочетает в себе некоторые особенности, присущие и другим методам: процесс отражения чувств, мыслей, состояний вне привычных словесных значений сближает рисование с невербальным взаимодействием; обсуждение рисунков фактически является разновидностью дискуссии со всеми ее характерными чертами; наконец, построение обсуждения в зависимости от того, какой графический материал предоставили участники, напоминает интерпретацию графической социометрии. Остановимся подробнее на проведении проективного рисования на тему: «Я, каким я вижу себя сам; каким хотел бы себя видеть; каким меня видят окружающие».

Занятие начинается обычно с того, что психотерапевт раздает всем бумагу и цветные мелки или пастель, предлагает расположиться удобно и отдельно друг от друга и сообщает тему рисунка. Важно, чтобы все имели одинаковый материал для рисования и были свободны в выборе цвета. Бумага должна быть одного качества и формата.

Предлагая тему, ведущий подчеркивает, что качество изображения роли не играет, умение или неумение рисовать совершенно не важно, участники группы вольны использовать любые способы выражения, кроме букв, цифр, математических символов. Если существуют подтемы (как в рассматриваемом случае), можно предложить во избежание путаницы записать их порядок на оборотной стороне листа. Там же может стоять число и имя автора.

Сообщив группе тему, лучше сразу оговорить время выполнения — от 15 до 30 минут — и ответить на возникшие вопросы, стараясь при этом не оказать влияния на то, что будет изображаться, т. е. ответы могут касаться порядка подтем, времени, можно повторить инструкцию, но не более того. Психотерапевт во время рисования не должен выходить, заниматься посторонними делами, но не стоит и заглядывать в рисунки и тем более их комментировать. Если кто-то заканчивает работу раньше других, можно предложить ему тихо их подождать, так как всякие перемещения по комнате, разговор даже вполголоса нарушают необходимую атмосферу сосредоточенности.

Когда все рисунки закончены и собраны, пациентам предлагается сесть вместе, в круг, и перейти к обсуждению. Обычно рисунки рассматриваются по одному, хотя могут быть и исключения: например, если основной смысл беседы состоит в сравнении разных подходов к чему-либо. Тем не менее обсуждение рисунков одного за другим встречается в практике чаще. Существенное значение имеет выбор первого рисунка для предъявления группе: лучше, если в нем много деталей, в которые можно всматриваться; желательно, чтобы он не был чрезмерно абстрактным или нарочито небрежным, «негативным».

Подробно описанное ниже обсуждение рисунка относится, скорее, к занятию, на котором группа впервые сталкивается с этим новым для себя способом выражения. Дальнейшее тематическое и ситуационное развитие потенциала методики находится полностью в руках психотерапевта и зависит от контекста решаемых им задач.

Как правило, когда группе показывается первый рисунок, возникает короткое оживление, а затем наступает пауза. Ведущего группу она не должна смущать: обычно молчание в этот момент вызвано отнюдь не речевыми трудностями, а сложностью углубления в непривычный материал, отсутствием готовых форм обсуждения. Можно косвенно стимулировать активность участников, предложив поговорить «обо всем, что мы видим на этом рисунке», т. е. не задавая вопросов, подразумевающих короткие и однозначные ответы. Как всегда, важно собственное поведение ведущего — спокойствие во время паузы, отсутствие «побуждающих» жестов и взглядов, заинтересованное разглядывание изображения. Если группа пытается сразу выяснить вопрос авторства (заменяя этим собственную работу по анализу и интерпретации), следует мягко заметить, что «это не самое главное», или любым другим образом вернуть разговор к самому рисунку, его «тексту». В начале обсуждения важно поддерживать активность пациентов, не внося своих поправок. Можно, например, ограничиться повторением их высказываний, причем любых, тем самым как бы

подтверждая право каждого на собственное восприятие и мнение. Сами высказывания первоначально чаще всего касаются тех осо бенностей и деталей рисунка, которые отмечены, выделены автором: различающаяся величина фигур (скажем, большая вторая и маленькая третья), схематическое изображение эмоций (улыбка, слезы; общепринятая символика (солнце, тучи для эмоциональных состояний, рукопожатие или обнявшиеся фигурки для выражения идеи дружеского общения, прорисованные детали одежды, атрибуты различных занятий, распространенная цветовая символика). Нередки «изображения заикания»: например на первом рисунке — рот, запертый на большой замок или перечеркнутый, на втором — что-то рассказывающий человек с подчеркнуто открытым ртом; часто встречаются изображения речевых ситуаций (трибуна, сцена, класс, экзамен). Такого рода рисунки отражают фиксацию на дефекте и могут служить для психотерапевта своеобразным критерием того, насколько она глубока; в числе первых лучше их не обсуждать.

Психокоррекционный смысл интерпретации такого рисунка может состоять в его сравнении с теми, в которых на первый план выдвигаются разнообразные человеческие проблемы, и идеальное выступление перед аудиторией не является основным желанием автора. С другой стороны, сам рисунок «про заикание» может быть прочитан и более глубоко, когда явный уровень показанного пациентом перестает играть главную роль и направлять обсуждение. Но, чтобы это могло произойти, группа вначале должна приобрести некоторый опыт в интерпретации изображений. Наконец, можно сравнить несколько рисунков с «символизацией заикания» и показать, что их различия больше, чем сходство, но и для этого должно быть наработано умение сравнивать изображения в их тонкостях, в деталях, которое приходит не сразу. Попытка обсуждать рисунок пациента, фиксированного на речи, в начале занятия может сильно снизить все последующие обсуждения, задать ему неверный тон.

Даже при успешном, живом и интересном обсуждении наступает момент, когда все явные, выделенные автором особенности названы: возникает ощущение, что по данному поводу все уже сказано, рисунок ясен и можно переходить к следующему. В этот момент судьба дискуссии и занятия в целом зависят от того, насколько психотерапевт способен видеть следующий уровень рассмотрения изображения, уровень менее явных деталей. Вновь наступает пауза, в которой важно своим поведением показать, что в рисунке есть еще нечто, что не стоит торопиться. Ведущий может взять лист в руки и рассмотреть его, молча показать группе какую-то важную, по его мнению, но еще не названную деталь, передать лист по кругу. Если пауза затягивается или группа выражает нетерпение слишком единогласно, можно направить ее внимание вопросами, относящимися к новому уровню рассмотрения изображения. Приведем несколько примеров тех вопросов, которые позволяют в этот момент активизировать обсуждение и лишить пациентов иллюзии полноты и завершенности.

— Как вам кажется, что этот человек больше всего любит в своем лице (теле)? (Одной из особенностей рисунков заи кающихся является то, что очень часто они изображают только голову, как имеющую большее отношение к речи. Такие изображения могут быть более тонким свидетельством фиксации на дефекте, чем прямое «изображение заикания», хотя могут говорить и о других проблемах, связанных с вос приятием своего лица и тела.)

— Как вам кажется, с каким отношением к нам это рисо валось? (Вопрос, приобретающий актуальность в случаях демонстративно простых, карикатурных или сверхформаль ных рисунков.)

— Чего нет на рисунке, но могло бы быть?

— Каким еще бывает, по-вашему, этот человек — кроме того, что он изобразил?

— Какие ощущения вызывает у вас рисунок в целом и его отдельные части?

— На что это похоже?

Вопросы могут носить самый различный характер, но важно в них увести обсуждение от разгадывания, что «означает» та или иная деталь, сделать дискуссию более свободной и тем самым усилить ее проективный аспект. Важно отметить, что в этой части обсуждения уже происходит выход за пределы того, что непосредственно есть на рисунке и что хотел сказать автор, — скорее, это разговор о том, что он невольно сказал или мог бы сказать группе своим изображением. Если удастся углубить

рассмотрение рисунка, возникает новый интерес к тому, что, как казалось, уже обсудили и «разобрали», — это бывает хорошо видно по непосредственной реакции пациентов.

В проективном рисунке существует уровень еще более тонких деталей и особенностей: расположение фигур на листе, особенности штриховки, выделения контура или его размытости, композиционные акценты; порядок, в котором появлялись разные части изображения. Если в обсуждении возникает возможность перехода к этим качествам рисунка, открывается новый круг возможных тем: особенности общего «почерка» того или иного человека, связь его изображения себя с его манерой двигаться, структурировать пространство, наконец, с его способом участия в самом обсуждении — такой поворот течения дискуссии вводит занятие по проективному рисованию в общий контекст группового опыта, иллюстрирует связь между собой самых разнообразных особенностей одного человека. Чтобы перейти в обсуждении к характеристикам этого плана, часто требуется сравнение нескольких подходов к теме, и соответствующие вопросы уместно задавать после подробного рассмотрения 2—3 рисунков. В конце работы с одним изображением автору обычно предлагается прокомментировать сам рисунок и его обсуждение. Когда занятие проходит успешно, часто приходится слышать от автора самого первого рисунка, что ему «не повезло»: с каждым новым изображением, предъявляемым группе, объем наблюдений, сравнений, ассоциаций, неожиданных догадок все возрастает, и это является внутренним критерием развития ситуации, ее динамики. В активной, зрелой группе обсуждение рисунков характеризуется тем, что пациенты способны сами углубляться в предлагаемый материал, самостоятельно переходить от одного уровня рассмотрения к другому, поэтому внешняя, направляющая деятельность ведущего сводится к минимуму.

Описанное обсуждение проективного рисунка важно не только для реализации потенциала данной методики, но и для работы с группой: на материале рисования она еще раз учится углубляться в тему, не боясь возникающих осложнений, пауз; разрешать своими силами ситуации неопределенности, незнания «правил», кажущейся некомпетентности; рисование и последующее обсуждение актуализирует ощущение прав каждого участника на личное восприятие всего происходящего; наконец, группа учится совместно обсуждать проблему, не провоцируя психотерапевта на принятие роли формального лидера.

На втором этапе ведения группы в связи с формированием значимых отношений приобретают новое значение различные варианты социометрии, которые могут не только служить для анализа групповой динамики, но и увязываться с содержательной, интерпретативной стороной взаимодействия. Так, при проведении графической социометрии предлагается провести «позитивную» стрелку к тому, кто лучше других умеет слушать, «негативную» — к тому участнику группы, который слушает хуже других, поэтому ему вряд ли захочется рассказывать что-то о себе. Безусловно, полученная схема предпочтений и избеганий отразит какой-то аспект эмоционально-непосредственных отношений, но вся ситуация, кроме того, может быть косвенным ответом психотерапевта на создавшееся в группе положение, когда все хотят высказаться, говорить — преимущественно о своих трудностях в общении, — забывая при этом о партнере и его потребностях и интересах. (Эта проблема своего рода «коммуникативного эгоцентризма» весьма характерна для заикающихся, ее постановка и решение занимают важное место в психокоррек-ционной работе.) При обсуждении можно задавать вопросы не только типа «Почему вы провели свои стрелки таким образом?», ной «Как вам кажется, почему к вам провели эти стрелки?». Если возможно продуктивно разбирать эти вопросы, разговор обязательно перейдет в новый, не столько оценочный, сколько качественный план: главным станет не популярность того или иного участника группы, а субъективное содержание понятия «умение слушать», те знаки в поведении, из которых складывается ощущение внимания к себе, заинтересованности; различия в этом у разных членов группы.

Для рассмотрения (и отчасти — отреагирования) межличностных отношений, существующих в данный момент в группе, можно предложить следующее: сначала расположить всех в зависимости от того, каковы отношения (при этом используя все имеющееся пространство, ориентацию друг относительно друга и расстояние, придавая каждому ту или иную позу, а затем «вписать» в получившуюся расстановку себя). Предлагая группе это задание, стоит сказать о том, что это — «моментальная фотография, а не монумент, который увековечит существующие отношения», или любыми другими словами подчеркнуть подвижный, меняющийся характер отношений и условность инструкции. Следует обращать внимание на то, какие возможности использует каждый для своей «расстановки»: только расстояние или все дополнительные оттенки выражения отношения, снимающие некоторую схематичность задания. Происходящее может в ряде случаев не обсуждаться, а

например, завершить конфликтное, напряженное дискуссионное занятие, создать для участников возможность эмоциональной разрядки.

Обсуждение различных аспектов проблемы общения на втором этапе ведения группы характеризуется тем, что участники получают возможность связывать явления, принадлежащие, на первый взгляд, разным областям, и находить их эквиваленты в непосредственном поведении. Подробная разработка коммуникативного портрета каждого пациента ведет к тому, что через коммуникативные особенности начинают все в большей степени осознаваться личностные.

Заключительный этап ведения группы

Как уже указывалось выше, третий этап характеризуется исчезновением жестких границ между отдельными методиками и выходом за пределы непосредственно происходящего на занятии. Становятся возможными дискуссии биографической, проблемной ориентации; опыт, полученный в групповом взаимодействии, начинает привлекаться для анализа более широкого круга ситуаций. Острота дискуссий несколько снижается, но возрастает конструктивность: участники склонны воспринимать даже обсуждение значимых, эмоционально заряженных проблем не как конфликтную, а как рабочую, творческую ситуацию. В этот период, как правило, полностью изживает себя первоначальное псевдосплочение на основе «общих трудностей в речи», но снятие фиксации на дефекте речи еще не исчерпывает задач психокоррекционной работы с группой заикающихся. Следующим шагом является понимание пациентами того, что особенности (или трудности) в общении также являются не причиной, а следствием более глубоких личностных проблем и конфликтов, которые могут быть ими разрешены. В сущности, достижение осознания этой связи и составляет основное направление психокоррекционной работы третьего (и отчасти второго) этапа. Что же касается темы «дефекта речи», то по сравнению с актуализировавшимися проблемами она теряет значимость для группы: заикание не только не привлекается для объяснения своих жизненных сложностей, а напротив, эта тенденция подвергается критическому переосмыслению, для пациентов становится понятным защитный характер фиксации на речевых трудностях. Тематика обсуждений часто предлагается самой группой (ряд тем, описанных ниже, также сформулирован пациентами). В силу нарастающей спонтанности взаимодействия само понятие «тема дискуссии» начинает носить достаточно условный характер. Важно отметить, что и при переходе к более общим проблемам, выходящим за пределы группового опыта, сохраняется выработанное в ходе занятий умение видеть и интерпретировать конкретные особенности поведения каждого. Возможность продуктивно обсуждать биографические, семейные или профессиональные проблемы опирается именно на знание этих конкретных особенностей. Приведем несколько примеров того, как, отталкиваясь от непосредственного взаимодействия, обсуждение может перерастать в анализ более широкого круга вопросов.

1. «Если бы наша группа была семьей, то в каком родстве мы состояли бы, каковы были бы наши отношения и почему?»

По мере появления серии «семейных портретов» в непрямой форме часто актуализируется сходство в отдельных чертах некоторых членов группы с реальными родственниками других, припоминаются типичные ситуации, характерные конфликты. Это обсуждение — отчасти игровое, отчасти проективное — может служить переходом к разговору о целом ряде семейных проблем.

2. «Что в каждом из нас есть от ребенка, подростка, взрослого человека? Какие штрихи в поведении принадлежат каждому из этих возрастов? »

Эта тема также носит проективно-биографический характер. Инфантильные или подростковые проявления могут не определять все поведение, но вместе с тем возникать в определенных состояниях и в некоторых ситуациях. Видеть эти проявления у других и рефлексировать их в собственном поведении важно для осознания ряда своих проблем, уходящих корнями в детство, в семейное воспитание. Опыт предшествующего тесного общения в группе, навык подробного, не содержащего прямых оценок описания, как правило, дает возможность участникам принять то новое знание о своих особенностях, которое возникает в этой дискуссии. Другая, и весьма важная, грань данной темы состоит в том, что в ней может отражаться целый ряд межличностных ролей, принимаемых каждым участником в различных ситуациях.

3. В качестве еще одного вступления к занятию биографической ориентации можно предложить каждому из присутствующих рассказать несколько коротких воспоминаний своего детства, подчеркнув, что они могут рассказываться

без всяких комментариев или анализа, просто как некие картины, «кадры», фрагменты. Затем легко перейти к раз говору о том, «кто был каким ребенком»; вступление помо гает создать своеобразную атмосферу, в которой этот вопрос не покажется искусственным, нарочитым.

4. «Какими мы были пять лет назад и какими будем через пять лет? »

Тема носит отчетливый биографический характер, при этом важно обратить внимание на разнообразные, множественные варианты «будущего». Если группа вникает, погружается в характер проблем того или иного своего участника, она не довольствуется однозначным, пусть даже наиболее вероятным решением, а предлагает ряд вариантов. Какие-то из них могут оказаться совершенно новыми для того, о ком идет речь; какие-то, возможно, возникли в его сознании, но не развивались, например, в силу их неприятного, пугающего характера. В обсуждении косвенно или прямо присутствуют те конкретные рекомендации, советы, пожелания и предостережения, которые могут дать члены группы друг другу.

5. «Изменения, которые происходят с нами».

В конце курса лечения довольно часто спонтанно возникает разговор о том, как изменился кто-либо из пациентов. Ведущий группу может поддержать и отчасти направить такой разговор несколькими частными вопросами, касающимися проблем и особенностей данного человека. Важно, чтобы вопрос задавался всегда через конкретные качества, вызывающие у группы живые воспоминания о разных ситуациях, а не в научных категориях. С этой точки зрения вопрос: «Как менялись способы привлекать наше внимание? » более правилен, чем вопрос: « Как менялись проявления демонстративности? » Кроме того, желательно не фиксировать внимание участников на том, «как был о плохо и как стало хорошо», аподчерк-нуть принципиальную возможность изменяться и дальше, способность развиваться в различных конкретных свойствах, умениях, способах поведения. В связи с этим представляется желательной такая формулировка вопросов, которая оставляла бы их отчасти открытыми и была ориентирована на дальнейшие позитивные изменения каждого участника.

На заключительном этапе могут вновь вспоминаться некоторые уже знакомые, предлагавшиеся для обсуждения ранее темы. При этом становятся наглядными те изменения, которые произошли в осознании участниками своих проблем, в их способе участия в дискуссии, в восприятии друг друга и в том, что составляет для них смысл и ценность той или иной темы.

Так, тема: «С кем из группы мне трудно общаться и почему?» превращается в тему: «С кем как лучше общаться, кому что я стал бы рассказывать и почему? » Снимается оценочность, конфликтность, но начинает звучать проблема собственной ответственности за характер и итог любого общения. Упомянутая выше тема: «Кто что вносит в работу нашей группы?» также приобретает иной смысл, ее, скорее, можно сформулировать как «Какую атмосферу несет с собой каждый из нас и за счет чего он ее создает?» — т. е. выделение нескольких существенных признаков сменяется подробным качественным анализом, включающим разнообразные оттенки и переходы.

В отношении социометрического аспекта взаимодействия необходимо отметить, что сама идея шкалирования, лежащая в основе социометрии, теряет для зрелой группы свою привлекательность, начинает восприниматься как искусственная и несколько примитивная. Опыт интенсивного общения, разрешения конфликтов, изменения и развития отношений уже не позволяет пациентам всерьез отвечать на вопросы социометрической направленности, эта сторона группового процесса отходит на второй план. Поэтому в эффективно работающей группе на третьем этапе задания такого рода могут носить более условный, свободный характер, снимающий их однозначность; они становятся рядом «набросков» к последующему спонтанному обсуждению, а не самостоятельной задачей. Графическая форма социометрии в этот период теряет актуальность, поскольку лишена рттенков, не допускает внутренних вариаций. В пантомимической социометрии следует обратить внимание на возможную полифункциональность выполняемых действий, т. е. на то, что группа способна извлекать различные проблемы, множество смыслов даже из короткого игрового эпизода. Например, можно предложить кому-то из пациентов, объединяя остальных попарно и используя хорошо знакомый прием «лепки», выразить отношения хозяина и слуги, агрессора и жертвы, взрослого и ребенка для каждой пары участников. Затем «автором» становится кто-то другой, третий, а в последующем обсуждении может анализироваться не только выбор, осуществляемый каждым из них, но и целый ряд других вопросов. В зависимости от внутригрупповых отношений на первый план может выступить проблема агрессии и подавления или активности и ответственности в противопоставлении подчинению, зависимости; участники могут в

качестве основной темы рассматривать невербальные проявления доминирования и подчинения, используя серию «лепок» только как отправную точку и быстро переходя к примерам из других ситуаций. Дискуссия может сконцентрироваться вокруг двух-трех человек (например, если несколько «авторов» воспринимают их настолько по-разному, что это привлечет внимание и вызовет интерес). В ходе занятия возможен самостоятельный переход к обмену ролями, и в этом случае темой последующего обсуждения становится связь внешне противоположных, дополнительных ролей у одного и того же человека, а также те детали в поведении каждого, которые соответствуют разным ролям.

Таким образом, одним из важнейших критериев эффективной работы группы на заключительном этапе может служить способность участников разворачивать в продуктивное обсуждение практически любое событие, любой вопрос. В описываемый период для пациентов уже не существует «неудачных тем» и «плохих занятий»: если взаимодействие по каким-либо причинам заходит в тупик, совместными усилиями находится выход, и работа продолжается. Такая способность к самоорганизации представляет большую ценность, и если психотерапевту удается добиться подобного уровня функционирования группы, его задачу во многом можно считать выполненной.

Методическиеаспекты организации занятий

Успешность групповой психокоррекционной работы с заикающимися во многом зависит от ее правильной организации, включающей ряд условий. Оптимальное число участников — 10—12 человек. Крайне желательно, чтобы среди участников были хотя бы 3—4 женщины (известно, что заикание значительно больше распространено среди мужчин). Пациенты моложе 18 лет могут объединяться в отдельную группу, при этом необходимо учитывать особенности их психического и физического развития и соответственно приблизить задачи психокоррекционной работы к их проблемам и трудностям, изменить некоторые формулировки, обратить внимание на значимые сферы отношений. Основные характеристики выделенных этапов ведения группы, соотношение применяемых методик и их направленность сохраняются и при работе с заикающимися в возрасте 15—17 лет.

Длительность одного занятия 1,5—2 часа, причем лучше проводить его без перерыва. В рамках самого занятия возможны паузы, имеющие характер переключения и релаксации, иногда во избежание утомления пациентов достаточно предложить им в течение нескольких минут молча посидеть с закрытыми глазами. Важно, чтобы такие паузы устраивались своевременно, соответствовали ощущениям участников, а не навязывались им произвольно. В эффективно работающей группе уже на втором этапе уровень самоорганизации оказывается достаточно высоким, и возникшая потребность в коротком отдыхе и переключении реализуется самостоятельно, не нарушая течения занятия. Оптимальная организация амбулаторного курса лечения предполагает проведение трех групповых занятий в неделю (весь курс включает 35—40 встреч).

Амбулаторные психотерапевтические группы имеют особенности, отличающие их от аналогичных групп, работающих в условиях специализированного стационара. Одна из таких особенностей состоит в том, что пациенты, недовольные своей ролью в группе или испытывающие на занятиях слишком сильное напряжение, всегда имеют возможность избежать неприятных переживаний, прервав под каким-либо предлогом курс лечения или хотя бы пропустив несколько групповых встреч. Поэтому работа в амбулаторных

условиях требует от психотерапевта или психолога большой осторожности и такта в поддержании группового баланса. Важно с первого занятия включить во взаимодействие всех участников, создать доброжелательную и безоценочную атмосферу, не допускать сильного утомления и монотонности. Опыт показывает, что при последовательном построении психокоррекционной работы с учетом особенностей группы заикающихся случаи прерывания курса лечения достаточно редки, и их вероятность понижается с каждым занятием. Если пациент все же пропустил одну или несколько встреч, психотерапевт должен продумать способы его включения в изменившуюся за это время групповую ситуацию. Прямое выяснение причин отсутствия («Почему вас не было в прошлый раз?») нежелательно, так как подобные вопросы характерны для формального общения. По мере становления группы участники начинают понимать, что пропущенное кем-то из них занятие сказывается на всех остальных, что каждый вносит свой вклад в работу и по-своему отвечает за ситуацию в целом. Прямые порицания опозданий и пропусков со стороны психотерапевта, как это ни парадоксально, уменьшают у пациентов ощущение ответственности, укрепляют в них тенденции к пассивности и зависимости.

Целесообразно начинать занятия точно в оговоренное время; при этом собственная пунктуальность ведущего, его сосредоточенность на происходящем в группе и заинтересованность в общении с пациентами помогают создать необходимую рабочую атмосферу. Лучше, если группа собирается всегда в одном и том же помещении, так как привычная обстановка способствует более

быстрому включению в работу, актуализирует у участников воспоминания о прошлом занятии. При успешно развивающемся психотерапевтическом процессе пациенты обычно начинают приходить несколько раньше назначенного времени, чтобы пообщаться друг с другом, «обжить» комнату, настроиться перед работой. Важно обеспечить им такую возможность, так как подобная спонтанная коммуникативная активность говорит о ценности и привлекательности для заикающихся общения в группе и является одним из знаков их вовлеченности в психотерапевтический процесс.

Не стоит резко прерывать занятие по истечении его времени; лучше за 5—10 минут напомнить участникам о приближении этого момента. В некоторых случаях работа затягивается дольше обычного (если происходящее в группе требует выяснения и отреагирования и не может быть отложено до следующей встречи). Но такие выходы за временные рамки занятия не должны становиться правилом: умение пользоваться отведенным временем и дорожить им имеет значение для ощущения групповой ответственности за исход занятия и за свою работу в целом.

Психотерапевт оказывает влияние на групповой процесс не только тем, как он структурирует отдельное занятие и весь курс лечения, не только своей интерпретацией происходящего, теми или иными вопросами к участникам, но и веем своим поведением. В частности, большое значение приобретают невербальные проявления ведущего группу (тем более что целенаправленное привлечение внимания к этой стороне коммуникации ведет к возрастанию наблюдательности пациентов). Если психотерапевт требует от участников активности, самостоятельности, неформального и спонтанного общения, но при этом сам перебивает их, торопит, комментирует их высказывания и действия в безапелляционном тоне, пресекает критику в свой адрес или даже только посматривает на часы и бросает несколько безучастных взглядов в окно, группа быстро улавливает несоответствие между тем, что ведущий говорит, и тем, что он делает.

При проведении невербальной части психотерапевтических занятий реальная позиция ведущего также проявляется в его поведении больше, чем в любых декларативных заявлениях. Его неподвижность, отстранение от круга, в котором работают пациенты, тем более — оценки и комментарии создают для группы возможность занять пассивную, зависимую позицию. Поэтому при проведении первых занятий особенно важно создать особую групповую атмосферу, исключить формальное выполнение заданий и упражнений. Ведущий предлагает материал для работы, определенным образом его организует, но не контролирует «качество выполнения», не делает замечаний, не дает оценок. Сама мизансцена занятий — а по большей части взаимодействия в группе происходят в кругу, сидя или стоя, — предполагает определенное равенство участников. Некоторые упражнения ведущий может начинать сам, при этом не задавая эталона или образца выполнения, а только подчеркивая свое участие в ситуации на равных основаниях. В какой-то момент, когда пациенты увлекутся взаимодействием друг с другом, можно незаметно прекратить делать то или иное упражнение вместе с ними, если это не нарушит атмосферу занятия.

Следует также обратить внимание на интонацию, в которой предлагается любая задача, будь то невербальное взаимодействие, рисунок или тема дискуссии. Интонация ни в коем случае не должна быть жесткой, императивной, не должна подавлять участников. Громкий и напряженный голос ведущего, торопливая и небрежная речь или стандартные, заученные обороты также плохо сказываются на атмосфере занятия. Для психотерапевта, работающего с заикающимися, важно учиться не навязывать им своих интонационно-методических особенностей, давать пациентам возможность себя перебивать, заканчивать начатую им фразу по-своему, т. е. постепенно приучать их к самостоятельному ведению разговора, к владению ситуацией, к ощущению ценности их собственных высказываний. Большое значение имеет поведение психотерапевта в паузах, особенно когда в ходе обсуждения возникает напряженное молчание. Проявления беспокойства, нетерпения, недовольства, так же как и пассивное наблюдение за участниками, нежелательны: следует помнить, что для заикающихся подобные ситуации значимы и обычно сопряжены с негативным эмоциональным опытом. Задача ведущего группу в данном случае заключается в том, чтобы, не подменяя собственной активностью работу группы, тем не менее своим поведением дать почувствовать, что создавшаяся ситуация носит рабочий характер, может разрешаться по-разному и не является чем-то экстраординарным. Нельзя вызывать у пациентов чувство вины, упрекать их за молчание, но нельзя и давать им понять, что возникающая пауза может объясняться и оправдываться их речевыми трудностями. Следует помнить, что группа заикающихся — особенно недавно работающая — всегда готова к поверхностному сплочению на почве «общих трудностей», поэтому любое замечание психотерапевта, которое можно истолковать как призыв не волноваться, говорить спокойно, обязательно так и будет истолковано. Последующее обсуждение при этом приобретет свернутый

характер, пациенты быстро зафиксируются на технической стороне общения, и обсуждение, скорее всего, превратится в демонстрацию беспомощности группы. Ведущий группу должен постоянно находиться в контакте с логопедом, работающим с пациентами, знать их речевые особенности, незаметным для них образом учитывать их трудности, но не идти на поводу у пациентов, не подкреплять своими действиями их фиксацию на дефекте.

Разрешение возникающих в работе сложных ситуаций требует от психотерапевта определенного опыта работы с группой заикающихся и не допускает простого перенесения приемов, применяемых в аналогичных случаях с другими контингентами больных. В сложившейся, давно работающей группе эта специфика выражена меньше и не требует такого пристального внимания со стороны ведущего, особенно на заключительном этапе, когда психотерапевт фактически принимает участие в обсуждении на тех же основаниях, что и другие участники: на него не ссылаются, как на авторитет, у него не ищут поддержки или защиты, его молчание не воспринимается как знак неблагополучия. Это означает, что группа сама способна обсуждать свои проблемы, не перекладывая при этом ответственность на ведущего. На занятиях можно наблюдать спонтанное диалогическое общение участников с естественным использованием всех выразительных возможностей; пациенты ощущают свою самостоятельность, подготовленность в вопросах анализа взаимодействий и отношений. Более того, нередко участники групп отмечают у себя лучшую, чем у своего ближайшего окружения, ориентировку в ситуациях общения. Трудно переоценить значение такого чувства своей коммуникативной компетентности для заикающихся. У многих пациентов происходят существенные изменения в иерархии их ценностей и жизненных целей: фиксация на заикании перестает заменять для них понимание других своих проблем, мешать реалистической оценке своих возможностей в общении, межличностных отношениях, профессиональной деятельности.

Таким образом, ведущий группу заикающихся рано или поздно столкнется с их проблемами, зачастую даже не лежащими в сфере общения, и должен быть готов к этому. Безусловно, в этой ситуации может оказать помощь его прошлый опыт индивидуальной и групповой психотерапии (если таковой имеется), но представляется также целесообразным пройти курс психотерапевтически ориентированного лабораторного тренинга, получив при этом ощущения и переживания участника группы.

Вести группу заикающихся может специально подготовленный врач-психотерапевт или психолог. Лучший эффект дает совместное ведение группы двумя специалистами в форме котерапии. Данные литературы и наш опыт свидетельствуют о дополнительных преимуществах и эффекте, свойственном именно такому варианту психокоррекционной работы.

Важны постоянные координирующие усилия всех специалистов — логопедов, психотерапевтов, психологов, — занимающихся обследованием и лечением заикающихся, продуманное сочетание различных методов лечения с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента. Совместные обсуждения сложных случаев, посещение занятий других специалистов, серьезное знакомство со спецификой их подхода к заиканию обеспечивают необходимую гибкость в решении ведущим психотерапевтическую группу своих технических задач. При такой взаимодополняющей работе групповая психотерапия становится эффективно действующим инструментом в рамках комплексной медико-педагогической системы лечения заикания.

Шкловский В.М. Заикание. — М., 1994. — С. 189-224.

Л.Я. Миссуловин

Психотерапия в устранении заикания.
Аппарат АИР. Заикание у умственно отсталых детей

ПСИХОТЕРАПИЯ

Многообразные методы психотерапевтического воздействия при лечении неврозов в нашей стране подробно разработаны в трудах К.И. Платонова (1962), С.С. Либиха (1974), Д.В. Панкова (1979), А.М. Свядоща (1982), Б.Д. Карвасар-ского (1980,1985) и др. Их основой является патогенетическая психотерапия (Мясищев В.П., 1960), которая предусматривает изменение системы отношений больного и коррекцию его поведения в результате всестороннего изучения особенностей личности и этиопатогенетических механизмов, вызвавших невротическое состояние.

В настоящее время специально вопросу применения различных методов групповой психотерапии при лечении взрослых заикающихся (дискуссия, невербальная коммуникация, проективное рисование, социометрия и др.) посвящены работы В.М. Шкловского, Л.М. Кроля, Е.Л. Михайловой (1985), монография В.М. Шкловского «Заикание» (1994).

Сочетание различных форм и приемов психотерапевтического воздействия органично входит в систему логопедических занятий в процессе курса комплексного лечения больных, страдающих заиканием, который начинается с установочной беседы с большой группой пациентов (до 30 человек). Во время беседы специалисты Центра рассказывают больным об основных особенностях течения заикания и эмоционально значимых ситуациях речевого общения, как бы заранее предвидя жалобы многих присутствующих пациентов. Этот прием «угадывания» дает возможность показать больным, что нарушение их речи и связанные с ним переживания хорошо известны специалистам, и лечебные воздействия будут направлены на уже изученные состояния.

Далее излагается содержание этапов курса лечения, разъясняются требования, которые будут предъявлены больным (организация правильного режима, упорная самостоятельная работа над речью, принцип партнерства и др.), и проводится демонстрация бывших пациентов, добившихся в процессе лечения и занятий хороших результатов.

Таким образом, уже при первой беседе, реализуя приемы рациональной, разъяснительной, активизирующей психотерапии, а также метод лечебной перспективы (Либих С.С., 1974), мы стремимся установить с больными необходимый психологический контакт, вооружаем их нужными знаниями и, преодолевая представление некоторых пациентов о неизлечимости заикания, укрепляем в них веру в положительные результаты предстоящего курса лечения.

На первых логопедических занятиях подготовительного этапа, когда больные в значительной мере уже овладели правильным произношением речевых эталонов, т. е. эталоны произносят четко, не быстро, плавно и слитно, проводится психотерапевтическая работа, направленная на адаптацию заикающегося к условиям общения в аудитории.

В силу сложившегося неудачного опыта речевого общения в присутствии большого количества людей заикающиеся, особенно больные с тревожно-мнительными чертами характера, несмотря на отсутствие речевых затруднений при произнесении ряда звуков, различных вариантов счета, дней недели, месяцев года, продолжают испытывать чувство страха, с трудом заставляют себя встать с места и начать говорить.

В таких случаях мы разъясняем больным, что боятся они напрасно, так как речевые эталоны в любом случае произнесут без заикания (здесь мы не имеем в виду отдельных заикающихся, у которых возможны затруднения и на этом этапе работы), а привычная боязнь аудитории в данной ситуации не имеет под собой почвы в связи с тем, что окружающие испытывают аналогичные ощущения, имеют те же цели и задачи.

Обычно после такой беседы большинство наших пациентов чувствуют себя более спокойно и уверенно, а это дает возможность сосредоточить внимание на дальнейшей «отшлифовке» речевых образцов.

В этих случаях специалист несколько усиливает психологическую нагрузку. Больного приглашают выйти перед аудиторией (если занятия проходят в зале — то на сцену) и дают ему инструкцию: произнести эталоны с различной интонацией и силой голоса — от шепота до очень громкой речи. Только с помощью образца, без употребления слов, произнести восклицательную фразу, похвалить кого-либо из присутствующих, поблагодарить или сделать выговор и т. п. Эта работа сопровождается беседой о роли силы голоса и четкой артикуляции в приобретении и тренировке таких качеств характера, как смелость, решительность, уверенность в своих силах.

Отработанные на эталонах спокойный темп и четкий ритм, хорошая артикуляция, не напряженный и достаточной силы голос, слитность и плавность, умение сделать в момент паузы диафрагмальный вдох — все эти качества здоровой речи больные продолжают закреплять в специальных диалогах и во фразах-образцах.

С этой целью им предлагают придумать и написать ряд простых вопросов и фраз, которыми больные должны пользоваться как образцами здоровой речи на протяжении всего курса лечения. При подготовке группы к работе над тренировочным диалогом руководитель рекомендует больным вопросы составлять таким образом, чтобы они по своему содержанию не затрагивали бы неприятных для партнеров тем. Непосредственно перед началом работы специалист в индивидуальном порядке просматривает вопросники и в случаях необходимости вносит в них изменения. В дальнейшем, перейдя к тренировке свободного диалога, не ограниченного рамками какой-либо узкой темы, больные в большинстве случаев уже подготовлены к коррективному ведению беседы, а руководитель, не прибегая к директивным приемам, незаметно направляет беседу в нужное русло.

Мы считаем, что на первых занятиях в процессе вопросно-ответной беседы очень важно дать возможность каждому пациенту раскрыть себя с лучшей стороны, т. е. коллектив должен помочь ему говорить о том, что он лучше всего знает и любит. Например, для успевающих учеников и студентов — это вопросы, связанные с наиболее любимыми учебными предметами; для производственника — производственные темы: семейной, заботливой женщине, которая гордится своим мужем и удачными детьми, можно задавать вопросы, связанные с воспитанием детей, бытом, ведением хозяйствами т.д.

Такой подход к лечебно-коррекционной работе на первом этапе курса лечения дает возможность создать в группе атмосферу доверия, взаимоподдержки, психологического комфорта, помогает больным постепенно избавиться от эмоциональной напряженности, скованности, привычного для многих страха общения.

В речевом отношении больным предъявляются следующие требования: вопросы и ответы пациенты должны произносить четко, ритмично, медленно, достаточно громко, точно так, как они произносят эталоны здоровой речи. При этом собеседник, отвечающий на вопрос, обязательно должен между вопросом и ответом выдерживать двухсекундную паузу, обеспечивая тем самым спокойный темп и четкий ритм всей вопросно-ответной беседы. Партнер, который задает вопросы, предупреждается о том, что от качества его речи, т. е. от того, насколько ему удается говорить медленно, четко, ритмично и громко, во многом зависит речь его собеседника, так как на правильно заданный вопрос по подражанию ответить без речевых затруднений легче, чем на вопрос, сформулированный нечетко и произнесенный с заиканием. Такое предупреждение как бы обязывает ведущих диалог еще более сознательно и ответственно относиться к проводимой тренировке, вырабатывает у членов группы дух товарищества, умение думать не только о своем успехе, но и о других больных. Отвлечение от собственных ощущений и переживаний, забота о речи партнера особенно важны в психологическом и логотерапевтическом плане для заикающихся, у которых речевое нарушение протекает на фоне психастенической и истероидной акцентуаций характера.

В процессе тренировки речи большое внимание уделяется и манере поведения больных. Специалисты рекомендуют им сохранять во время беседы непринужденную позу, не совершать лишних движений, смотреть в лицо друг другу. Для успешной реализации этих задач пациенты, тщательно контролируя технику своей речи, не должны забывать и о смысловой стороне диалога. Руководитель разъясняет членам группы, что стремление к единству формы и содержания речи даст им возможность говорить с нужной интонацией, пользоваться только смысловыми жестами, приблизит занятие к условиям естественного общения.

Фразы-образцы, так же как и набор тренировочных вопросов, не должны иметь эмоционально значимой окраски. Больным рекомендуется использовать простые фразы разного содержания, не объединенные одной сюжетной линией. Например: «Сегодня на улице хорошая морозная погода» и «На столе стоит лампа с зеленым абажуром». Такой подбор дидактического материала дает возможность пациентам, у которых в подавляющем большинстве случаев заикание протекает на фоне ускоренного темпа и нарушенного ритма, произносить фразы-образцы более плавно и слитно, с завершенной повествовательной интонацией, а «автономное» содержание фраз при моделировании заикающимися монологического высказывания позволяет им достаточно легко ощутить между фразами необходимую двухсекундную паузу. Специалист разъясняет больным, что правильная расстановка пауз в развернутом монологе нужна для создания четкой ритмической структуры речевого потока и особенно представляется важной для пациентов с ускоренным темпом речи и нарушенным ритмом дыхания, так как именно во время паузы должен быть сделан глубокий диафраг-

мальный вдох. Редуцированная пауза и, соответственно, укороченный вдох приводят к недостаточному речевому выдоху, что может спровоцировать судорожную речь на вдохе.

В процессе индивидуальных бесед на подготовительном этапе работы специалисты уточняют данные, полученные в результате анализа биографии больного, а также рассматривают вопросы, которые следует решать с каждым больным отдельно в зависимости от его состояния и личностных особенностей (изменения в состоянии больного в связи с проводимым медикаментозным и физиотерапевтическим лечением, организация самостоятельных занятий в домашних условиях, отношение к курсу лечения и оценка пациентом перспективы лечения, изменения условий жизни, работы и др.)-Во многих случаях оказывается, что только коллективных форм лечебно-педагогического воздействия недостаточно. Неправильные установки больного на лечение, недооценка роли самостоятельных занятии, недоверие к тем или иным терапевтическим приемам, возникшее вследствие неудачного лечения в прошлом, психотравмирующие ситуации в семье, на работе или в учебном заведении — все это требует индивидуальной психотерапевтической коррекции.

Нередко приходится сталкиваться и с такими явлениями, когда больной в силу своих нервно-психических и характерологических особенностей начинает активно мешать членам лечебного коллектива и специалисту, работающему с группой (преимущественно больные с истерическим невро-зом или с истероидной психопатией). В этих случаях с пациентами организуется индивидуальная работа, но подготовить их к возвращению в группу не всегда удается.

Наблюдаются и другие случаи, когда больные в связи с крайне тяжелой степенью или выраженным страхом речи (3-я группа по В.М. Шкловскому, 1967) уже в начальном периоде курса лечения нуждаются в индивидуальных логопедических занятиях. Цель таких занятий — в результате проведения логопедических упражнений и психотерапевтических бесед подготовить больного к работе в группе.

В процессе логопедических занятий подготовительного периода больным все время рекомендуют использовать в речевой работе и в жизни навыки мышечной релаксации, которые они приобретают на сеансах аутогенной тренировки, также постоянно осуществляется психотерапевтическая подготовка к предстоящему сеансу внушения в состоянии бодрствования. С этим сеансом в сознании больного связываются преодоление страха речи и эмоциональной напряжен-ности, активизация всех его сил для достижения положительных результатов лечения, а по представлениям настоящего времени — «кодирование».

После сеанса внушения в состоянии бодрствования (о методике проведения сеанса мы подробно расскажем в разделе «Суггестивная психотерапия») и снятия охранительного режима, в период автоматизации навыков улучшенной речи в условиях кабинета (3-й этап курса лечения), мы, продол-жая работу над эталонами, диалогом и фразами-образцами, начинаем активную речевую тренировку на материале художественной литературы. Больным рекомендуется подбирать маленькие рассказы либо небольшие отрывки из прозаических произведений. Основные требования, которые необходимо учитывать при отборе тренировочных текстов, — это несложный в грамматическом отношении язык писателя и динамичность сюжета (А.П. Чехов, И. Ильф и Е. Петров и др.). Такой материал больному легче запомнить и пересказать в группе, а это очень важно в связи с тем, что в момент пересказа ему необходимо тщательно следить за темпом своей речи, слитностью слов во фразе, паузами между фразами или их смысловыми частями, манерой поведения и пр.

На этом этапе курса лечения занятие в небольшой группе (8—10 человек) обычно начинается с произнесения больным речевых эталонов, ответов на тренировочные вопросы, про-говаривания фраз-образцов и пересказа подготовленного дома текста. Стремясь к максимальному раскрытию смысла проводимой тренировки и обучению пациентов навыками и методике активной логопедической работы, в последнее время мы широко применяем прием самостоятельной подготовки к пересказу. Больному дается следующая инструкция: «Произнесите ряд фраз-образцов. Когда вы почувствуете, что ввели себя в русло хорошей речи, самостоятельно, не предупреждая группу о том, что вы уже подготовились, перейдите к рассказу, сохраняя в речи программу слитности, нормального темпа, четкого ритма, правильной расстановки пауз, заложенной во фразах-образах». С помощью этого приема удается активизировать самостоятельную работу больного, научить его приводить себя в нужную «речевую форму», правильно использовать в логопедической работе ориентацию на автоматизированные речевые образцы.

В середине 3-го этапа курса лечения объем лечебно-кор-рекционной работы возрастает, формы ее становятся более многообразными.

На логопедических занятиях наряду с указанными выше упражнениями больные выступают с сообщениями на заданную тему, предлагают выступившему вопросы, связанные с содержанием подготавливаемого материала, обсуждают специально црочитанные книги и просмотренные фильмы. С целью подготовки к этапу закрепления достигнутых результатов в реальной жизни много времени уделяется логопедической работе на учебном материале — для учащихся и производственном — для работающих.

Выступление каждого больного в группе обсуждается членами коллектива: отмечаются его успехи и неудачи, даются советы, направленные на устранение выявленных недостатков. Руководитель, не снижая активности пациентов, придает обсуждению, а нередко и возникающей дискуссии, нужное направление.

На этом этапе работы в качестве примеров для подражания широко используются магнитофонные записи четкой, медленной, лишенной затруднений речи и устраиваются коллективные просмотры отрывков телепередач, в которых принимают участие драматические актеры, чтецы, дикторы радио и телевидения. Их манера поведения, особенности речи, умение пользоваться смысловыми жестами, отсутствие какой-либо суетливости при строго нормированном времени — все это служит материалом для подробного анализа, обсуждений и активизирующей психотерапии.

Суггестивная психотерапия. Суггестивная психотерапия широко применяется в лечебной практике с давних времен. Феномен внушения, как указывает Б.Д. Карвасарский (1985), присутствует в той или иной степени в каждой беседе врача с больным и является неотъемлемым элементом психотерапии, сочетаясь обычно с убеждением и разъяснением.

В курсе комплексного лечения заикания, возникшего в детстве, мы используем следующие виды суггестивного психотерапевтического воздействия: 1) внушение в бодрствующем состоянии; 2) внушение в состоянии гипнотического сна; 3) аутогенную тренировку; 4) косвенное внушение; 5) плацебо-терапию.

Внушение в бодрствующем состоянии. Сеанс внушения в бодрствующем состоянии при лечении заикания в нашей стране применяют психотерапевты и психологи П.И. Буль (1974), В.М. Шкловский (1966, 1967,1979, 1994), Ю.Б. Некрасова (1980) и др. Эта психотерапевтическая процедура, известная под названием сеанса снятия заикания, впервые была предложена К.М. Дубровским и широко рекламировалась в открытой печати как одномоментный метод лечения заикающихся подростков и взрослых.

Целесообразность применения указанного психотерапевтического приема сомнений не вызывает, но говорить об одномоментности лечебного воздействия при устранении такой сложной в этиопатогенетическом и симптоматическом отношении патологии речи, как заикание, неправомерно. Установка на одномоментность лечения ориентирует больного и дает ему право надеяться на «чудесное исцеление», которое полностью зависит от мастерства врача. Этому же способствовали и некоторые слишком категоричные, на наш взгляд, формулировки внушения, примененные в свое время К.М. Дубровским. Например: «Раз и навсегда я сниму с вас заикание, как старый изношенный сюртук».

При таком симптоматическом воздействии не только не учитываются нервно-психические и личностные особенности больных, длительный стаж речевого нарушения, наложивший во многих случаях болезненный опечаток на систему отношений заикающихся, но и возможные последствия рецидива речевого нарушения, которые для многих больных в подобных случаях являются значительной психотравмой ятрогенного характера.

В.М. Шкловским сеанс внушения в бодрствующем состоянии был введен в курс комплексного лечения заикания как мощный психотерапевтический прием, направленный на устранение у больных страха речи в эмоционально значимых ситуациях. Им же подробно описана методика проведения сеансов, предусматривающая длительное закрепление достигнутых на сеансе результатов.

В общих чертах эта психотерапевтическая процедура сводится к следующему. В актовом зале либо в большой аудитории в присутствии медработников, родственников больных, а также пациентов, ожидающих в ближайшие дни назначения на аналогичный сеанс, группа в 8—10 человек приглашается на сцену. После установочной психотерапевтической беседы, в которой коротко раскрываются причины возникновения заикания и вторичных логоневротических наслоений, проводится проверка речи заикающихся.

Речевые затруднения (начинать опрос нужно с наиболее тяжелого заикающегося) используются для создания эмоционального напряжения и психотерапевтической зависимости больного от специалиста, проводящего сеанс. Это делает пациента более восприимчивым к лечебному внушению.

Далее специалист рассказывает группе о *психотерапевтическом значении слова, о* том, что слово может заключать *в* себе огромную силу, им можно обрадовать и огорчить, ранить, загипнотизировать, излечить.

После этого можно приступить к проведению демонстративных приемов: одеревенение рук, падение вперед и назад, невозможность разогнуть руку и т. п. Успешное проведение этих тестов оказывает большое психологическое воздействие на участников сеанса, убеждает их в силе слова и тем самым подготавливает к предстоящему лечебному внушению.

Затем следует перейти к короткому коллективному и более развернутым внушениям каждому больному в отдельности. Сразу же после внушения начинается активная тренировка речи.

Начинать работу следует с больным, от которого можно ожидать хорошей отраженной и диалогической речи. Первые фразы, а затем и более развернутые высказывания, произнесенные таким больным без заикания, окрыляют не только его, но и оказывают активизирующее воздействие на лечебную группу и всю аудиторию в целом, рождают в пациентах чувство уверенности в своих силах и в успехе лечения. Все, что говорится в процессе сеанса, — лечебные внушения специалиста и речь больного — все это должно быть окрашено положительными, радостными эмоциями — это разряжает состояние психологической напряженности, предшествовавшее моменту внушения.

В последнее время, руководствуясь многолетним опытом проведения указанной процедуры, мы формулу внушения, адресованную всей группе, произносим громким, напряженным голосом, а индивидуальное внушение произносим шепотом, глядя прямо в глаза собеседнику на близком расстоянии<...>. Такой переход от сильного голоса к шепотной речи помогает длительное время концентрировать внимание лечебной группы и зала на проводимой работе, ни на минуту не позволяет кому-либо отвлечься от того, что делает и говорит специалист.

Индивидуальную формулу внушения, которая направлена на устранение у больного страха речи в различных эмоционально значимых ситуациях речевого общения, мы завершаем следующими словами: «Отныне везде и всюду вы будете говорить легко и свободно, четко и не быстро, точно так, как вы произносите речевые образцы. Никакого страха речи, никакой бо-

язни вы больше не испытываете. Но вы точно будете выполнять все рекомендации специалистов, будете в диспансере и дома много и упорно работать над своей речью, закрепляя достигнутые положительные результаты».

Такая концовка индивидуального внушения нацеливает больного на дальнейшую самостоятельную работу, не позволяет ему рассчитывать только на «чудодейственную» помощь специалистов, а в случае рецидива заикания не лишает пациента веры в возможность улучшения своего состояния.

Успешное достижение психотерапевтической цели сеанса внушения зависит от ряда факторов, которые необходимо предусмотреть в процессе подготовки к этой процедуре.

Прежде всего следует учитывать внушаемость больного. Но на сеанс отбираются лица не только с очень хорошей внушаемостью. Это свойство человека обычно значительно усиливается на самом сеансе.

Большую роль играют нервно-психические заболевания и личностные особенности больных, обусловливающие у них характер течения нарушения речи. Не следует вводить в группу, назначенную на сеанс, больных с декомпенсирован-ными психопатиями, судорожными припадками и обмороками различной этиологии, а также заикающихся с выраженной психастенической акцентуацией характера. Лица, относящиеся к последней из перечисленных категорий пациентов, склонные к повышенному самоанализу, скептически относящиеся ко всему происходящему, неуверенные в себе и в возможностях окружающих, как правило, на сеансе не дают хороших результатов. Для них проводится вместо сеанса психотерапевтическая беседа с последующей тренировкой речи без применения демонстративных приемов. Значение имеет и возраст больных.

Опыт показывает, что наиболее высокая эффективность указанного психотерапевтического воздействия достигается у подростков и молодых людей, не слишком отягощенных большим жизненным опытом, в частности опытом неудачного лечения в прошлом.

Большое активизирующее влияние на больных оказывает демонстрация перед сеансом бывших пациентов, излечившихся от заикания. Человек, в прошлом заикавшийся, а в настоящий момент хорошо владеющих собой и своей речью, воодушевляет больных личным примером, вселяет в них уверенность в успехе лечения. Также необходимо подчеркнуть психотерапевтическую роль аудитории. В зале не должно быть равнодушных людей, просто зрителей. Собравшиеся на сеанс люди своим эмоциональным настроем поддерживают больных, помогают им обрести уверенность в своих силах, уверенность в возможности избавления от страха речи и чувства неполноценности.

Гипнотерапия. Нередко к нам обращаются больные с просьбой вылечить их от заикания гипнозом. Это, видимо, связано с распространенными среди некоторых слоев населения обывательскими представлениями о гипнозе как о таинственной, могущественной силе, способной победить различные недуги, особенно те, которые были вызваны испугом. В таких случаях мы объясняем, что заикание одним лишь гипнозом не лечат. Этот метод суггестивного психотерапевтического воздействия с успехом применяется в общем комплексе лечебных мероприятий и направлен в основном на укрепление нервной системы заикающихся. Он помогает им преодолеть боязнь, страх речи, чувство неуверенности при общении с окружающими.

Курс гипнотерапии (10—12 сеансов) проводится на этапах автоматизации навыков улучшенной речи и закрепления достигнутых результатов в реальной жизни. В установочной беседе перед началом курса мы разъясняем больным, что гипноз, по определению И.П. Павлова (1951), представляет собой частичный сон, т. е. состояние, промежуточное между бодрствованием и обычным физиологическим сном. При этом состоянии на фоне заторможенных с различной степенью интенсивности участков головного мозга присутствует в коре больших полушарий бодрствующий, сторожевой пункт. Этот пункт обеспечивает так называемый рапорт между больным и гипнологом, т. е. связь, по каналам которой осуществляется лечебное внушение.

В.Е. Рожнов (1979) указывает, что у отдельных пациентов перед началом курса гипнотерапии наблюдается некоторая эмоциональная напряженность, даже боязнь в связи с неправильными представлениями о гипнозе. Поэтому мы им объясняем, что этот вид лечения совершенно безвреден, не ослабляет волю человека, как об этом иногда говорят непосвящен ные люди, а наоборот, укрепляет ее, оздоровляет нервную систему. Свойство быть загипнотизированным (т. е. гипна-бельность) у людей различно. Одни более гипнабельны, другие — менее; гипнабельность от сеанса к сеансу обычно усиливается.

На групповом сеансе гипноза, в котором обычно участвуют 7—10 человек, помимо внушений общего характера, адресованных всей группе («Ваша нервная система приходит в состояние

равновесия, вы чувствуете себя легко и уверенно, везде и всюду говорите громко, четко, плавно и слитно, точно так, как вы произносите речевые образцы; так вы разговариваете в любой обстановке и с самыми различными людьми» и т. п.), мы проводим и индивидуальные внушения, учитывающие особенности личности и речи конкретного больного. Эти внушения произносятся тихим голосом, в непосредственной близости от пациента.

Общую и индивидуальную формулы внушения варьируют в зависимости от этапов логотерапевтической работы и задач, стоящих в данное время перед больными.

В тех случаях, когда возникает необходимость направить лечебное внушение на интимные стороны жизни заикающегося, пациенту проводится индивидуальный сеанс гипнотерапии.

После сеансов лечебного гипноза психотерапевт коротко опрашивает больных об их самочувствии и рекомендует им в течение 15—20 мин не разговаривать или значительно снизить речевую активность. Через указанный промежуток времени больные входят в обычный ритм жизни и продолжают активно контролировать свою речь. Сразу же после сеанса, по нашим наблюдениям, уровень самоконтроля несколько снижается, и частота запинок может возрасти. Именно поэтому сеансы гипнотерапии с данным контингентом больных целесообразнее проводить после логопедического занятия.

Противопоказания при назначении пациента на курс лечебного гипноза те же, что и для проведения сеанса внушения в бодрствующем состоянии.

На протяжении нашей многолетней работы с заикающимися мы неоднократно делали попытки тренировать речь больных с высокой степенью гипнабельности, страдающих невротическим заиканием, в процессе сеанса глубокого гипноза. С этой целью отбирались пациенты, у которых заикание возникло не ранее 5—6-летнего возраста, т. е. в тот период, когда у них была уже сформирована развернутая фразовая речь. Погрузив такого больного в глубокий гипнотический сон, мы внушали ему представления о детских годах и здоровой речи преморбидного периода. Больной, отвечая на наши вопросы, как правило, говорил без заикания. Его речь записывалась на магнитофон. Затем, после окончания сеанса лечебного гипноза, запись демонстрировалась больному и служила в психотерапевтической беседе доказательством того, что его речевые нарушения являются функциональными, т. е. носят обратимый характер. Другими словами, указанный прием приносит определенную пользу и иногда может применяться в лечебной практике. Но установить связь между здоровой речью больного, находящегося в состоянии глубокого гипнотического сна, и реальной обстановкой, в которой он оказывался после сеанса, нам не удавалось, так как пациенты не помнят ощущений хорошей речи, вызванной в состоянии гипноза.

Аутогенная тренировка. Вопрос применения аутотренинга при лечении заикания разрабатывался В.М. Шкловским (1966,1979,1994), Ю.Б. Некрасовой, С.Ф. Орловской (1966), С.М. Любинской (1970), Л.Я. Миссуловиным, В.В. Перво-вой (1973), Л.Я. Миссуловиным (1988), Л.С. Волковой, ред (1995), и др. Общим в работах указанных авторов является то, что аутогенную тренировку (AT) рекомендуется использовать в общем комплексе лечебно-коррекционных мероприятий наряду с другими методами психотерапевтического воздействия, логотерапией, физиотерапией и медикаментозным лечением.

AT, которая проводится у нас на протяжении всего курса комплексного лечения (2—3 сеанса в неделю), начинается с коллективной установочной беседы. Этой беседе придается очень большое значение. От того, насколько больной поймет смысл и принцип лечебного воздействия указанного метода, в значительной мере зависят эффективность всей лечеб-но-коррекционной работы и дальнейшее закрепление достигнутых результатов.

В процессе установочной беседы специалист объясняет пациентам, что они на собственном опыте знают о связи заикания с возникновением волнения, эмоциональной напряженности. В таком состоянии подавляющее большинство заикающихся испытывают сердцебиение, напряжение мышц тела; у некоторых больных появляются покраснение или побледнение лица, нарушается ритм дыхания, усиливается потливость.

Контролировать свою эмоционально-волевую сферу и, соответственно, речь может помочь заикающемуся AT, т. е. комплекс упражнений, связанных с мышечной релаксацией и психической саморегуляцией. Руководитель разъясняет больным, что, активно влияя на свою мышечную систему, вызывая в руках, ногах, во всем теле ощущения тяжести и теплоты, человек, овладевший аутотренингом, по своему желанию, в короткий промежуток времени может добиться приятных физических ощущений, которые испытывают люди в состоянии покоя, душевного равновесия. Эти ощущения физического и душевного покоя, расслабленности мышц тела, рук и ног, тяжести и

теплоты в конечностях пациент внушает себе, опираясь на свой жизненный опыт, на наиболее часто встречавшиеся ситуации, в которых он испытывал такие же ощущения. Если сосредоточенно представлять себе испытанное и пережитое ранее, то по механизму условно-рефлекторной связи в определенной мере можно как бы восстановить пережитое в прошлом, перенести его в настоящий момент.

Руководитель группы, аргументируя сказанное, приводит ряд убедительных примеров: воспоминания о радостном событии могут вызвать улыбку, о горе — слезы и т. п. Тут же на занятии можно проделать простой, но очень наглядный опыт, вызвав обильное слюноотделение у некоторых больных посредством яркого словесного изображения ощущений, связанных с прожевыванием ломтика сочного, кислого лимона.

Ориентируясь на указанные механизмы саморегуляции, уже на первом сеансе АТ больные, полулежа в креслах с закрытыми глазами<...>, сосредоточивают внимание на «картине покоя», стараясь ярко представить себе хорошо знакомую ситуацию, связанную для каждого из них с ощущением приятного отдыха, душевного равновесия и психологического комфорта. Мысленное изображение «картины покоя» строго индивидуально и основывается на личном опыте каждого пациента. Но формула первого упражнения, соответствующая указанным представлениям («я совершенно спокоен»), для всех одна и та же.

Последующие упражнения («мои руки совершенно расслаблены; мои ноги совершенно расслаблены; мышцы брюшного пресса, грудной клетки, плечевого пояса, шеи совершенно расслаблены и т. д.».) также опираются на мысленное воспроизведение хорошо знакомых физических ощущений тяжести и теплоты в конечностях и во всем теле: ощущение тяжести — поднятие гирь, тяжелого чемодана, хозяйственной сумки; ощущение теплоты — горячая вода, глоток теплого чая или супа (по С.С. Либиху). Упражнения, основанные на тех же механизмах и направленные на снятие мышечного напряжения в области артикуляционного аппарата («жевательная мускулатура расслаблена, язык совершенно расслаблен и спокойно лежит на дне полости рта»; обобщающая формула — «мышцы всего речевого аппарата полностью расслабились»), имеют уже самое непосредственное отношение к логотерапевтической работе.

Рекомендации, которые мы даем больным по поводу дыхания во время АТ, несколько отличаются от развернутой системы дыхательных упражнений Г.С. Беляева (1973) и соответствуют логопедическим задачам подготовительного этапа курса лечения (свободное диафрагмальное дыхание; некоторое, постепенное удлинение выдоха через полость рта, а для контроля уровня аутогенного погружения — глубокий носовой вдох).

Мышечная релаксация повышает внушаемость человека (Любинская С.М., 1970) и способствует реализации формулы самовнушения, направленной на преодоление страха речи в различных ситуациях общения и закрепление необходимых речевых навыков. Формула самовнушения группового сеанса АТ отражает этапы курса лечения и наиболее общие задачи, стоящие перед больными. При проведении самостоятельных аутогенных тренировок в домашних условиях (2—3 сеанса в день) больным рекомендуют содержание самовнушения индивидуализировать в соответствии с их речевыми особенностями и конкретными жизненными обстоятельствами.

На 4-м этапе курса лечения в процессе сеансов АТ на фоне мышечной релаксации больные мысленно моделируют различные ситуации речевого общения, представляя себя активными участниками такой ситуации. Мы рекомендуем эти сюжетные представления (по Г.С. Беляеву) располагать по степени усиления эмоциональной значимости, не сразу включая в сеанс модели максимально сложных для больного ситуаций. Сначала пациентам предлагаются индифферентные (по С.С. Либиху) представления — подготовка к логопедическому занятию наедине с собой; беседа с хорошо знакомым человеком в спокойных условиях. Затем, по мере накопления опыта улучшенной речи и проведения речевых тренировок в реальных условиях, эмоциональная значимость сюжетных моделей усиливается: речь в магазине, в учебной аудитории, на собрании, выступление с трибуны и др. Сеансы АТ с сюжетным представлением мы проводим перед логопедическими занятиями вне кабинета, тем самым подготавливая пациентов к успешной реализации намеченных задач. Поэтому и модель предстоящей ситуации должна быть конкретной, ярко отражающей детали именно тех условий, в которых предстоит больному провести речевую тренировку либо разговаривать в жизни.

На завершающих этапах курса лечения наряду с развернутыми сеансами АТ проводятся и короткие сеансы (4—5 мин.). Успешно проводить короткие сеансы могут только хорошо тренированные пациенты. Цель такого сеанса, проводимого иногда с открытыми глазами (взгляд фиксируется на каком-либо предмете, но этот предмет человек как бы не замечает, сосредоточив

внимание на собственных ощущениях), — обучить больного в короткий промежуток времени освобождаться от физического и эмоционального напряжения, применяя навыки АТ в жизни. Реализации этой задачи способствует и «поза кучера» (по ^. 8спи11;2)<...>. В такой позе больной может провести короткий сеанс АТ, не привлекая к себе внимания окружающих.

Короткие сеансы АТ с успехом могут быть использованы в сочетании с сеансами гипнотерапии перед началом лечебного гипноза. Они проводятся в обычной для амбулаторного больного позе (человек сидит в кресте с закрытыми глазами, положив голову на подголовник). После такого сеанса больные не выводят себя из состояния аутогенного погружения, которое в процессе сеанса гипноза постепенно переходит в фазовое гипнотическое состояние.

В работе с заикающимися детьми до 12—13-летнего возраста обычно аутогенная тренировка в полном объеме не проводится, хотя возраст 10—13 лет, на наш взгляд, не является противопоказанием для назначения детям курса АТ. В данном случае определяющее значение имеют уровень интеллектуального развития ребенка, его целеустремленность, желание избавиться от заикания. В работе с младшими школьниками мы с успехом используем элементы АТ, которые называем упражнениями на расслабление.

Противопоказанием для назначения курса АТ, помимо тех, которые мы перечислили в связи с применением других методов суггестивной психотерапии, является пониженное артериальное давление.

Элементы косвенного внушения. Б.Д. Карвасарский (1985) указывает на то, что уверенность больного в лечебном эффекте является активным фактором, который постоянно играет важную роль при проведении всех видов терапии. Благоприятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским персоналом надежды больного на эффективность лечебной процедуры способны усилить ее действие.

Сказанное полностью относится и к логотерапии, проводимой с заикающимися. Пациенты, обладающие тревожно-мнительными чертами характера, особенно те, которые неудачно лечились в прошлом, нередко с недоверием относятся не только ко многим приемам лечения и специалистам, но и часто недооценивают положительные сдвиги, наступившие в их нервно-психическом и речевом состоянии. В этих случаях слова убеждения и разъяснения, сказанные логопедом или психотерапевтом непосредственно больному, могут иметь меньший терапевтический эффект, чем фраза, содержащая оценку состояния пациента и как бы не предназначенная для него. Это могут быть отдельные реплики и замечания, которыми обмениваются вполголоса сотрудники кабинета в присутствии больного, делая вид, что они его не замечают, либо материал для записи в истории болезни, продиктованный специалистом медицинской сестре во время группового занятия и проч. Приведем пример.

Больной X., 21 год, студент технического вуза.

Диагноз логопеда: заикание в средней степени на фоне ускоренного темпа речи, артикуляторно-голосовая форма, тонико-клонический тип речевых судорог.

Клинический диагноз: логоневроз у больного, акцентуированного по психастеническому типу.

В результате логотерапевтической работы больной начал в кабинете во время групповых занятий разговаривать без заикания. Но свою речь считал слишком медленной и неестественной, пользовался ею только во время тренировок, вводить в жизнь не хотел. Никакие доводы и убеждения не помогали. Фон настроения у больного был снижен. Тогда мы решили прибегнуть к приему косвенного внушения. К началу одного из групповых занятий был приглашен врач-психиатр — сотрудник нашего учреждения, человек уже немолодой, обладающий очень внушительной, вызывающей доверие внешностью. X. в этот день по нашему указанию начал тренировку первым. Заранее подготовленный врач вошел в кабинет, когда больной уже приступил к пересказу тренировочного текста. Увидев группу и сделав вид, что не желает мешать работе, доктор повернулся и хотел выйти. Но мы его остановили и попросили немного обождать, чтобы дать возможность X. окончить тренировку. Врач сел и начал внимательно слушать больного. Когда X. закончил выступление, доктор, обращаясь к нам, удивленно сказал: «Это что, у Вас все так говорят? Ну, прямо как диктор телевидения. Вы бы хоть моего внука к себе взяли, а то он вечно торопится куда-то, даже говорить толком некогда, слова проглатывает. Да, ведь я по делу зашел. Не могли бы вы мне дать несколько чистых вкладышей для историй болезни?»

После ухода врача настроение у больного заметно улучшилось, а мы, не комментируя случившегося, занялись другими пациентами.

Когда занятие было окончено и больные разошлись, Х. задержался и спросил, не пошутил ли доктор по поводу его речи. Мы ответили, что доктор говорил совершенно серьезно, тем более что он о своем внуке вспомнил, сравнив хорошую речь Х. с неряшливой речью внука. Больной, подумав, согласился.

Примененный прием косвенного внушения сыграл роль переломного момента в ходе лечения Х. Он стал доверчивее относиться к рекомендациям специалистов и мнению товарищей по группе. Настроение у него улучшилось, работать над собой начал активнее. Вскоре сообщил, что пытается вводить небыструю, ритмизированную речь в жизнь.

Мы считаем, что специалисты, работающие с больными логоневрозом, должны более широко применять в своей практике приемы косвенного внушения, сочетая их с другими методами лечебно-коррекционного воздействия. Также необходимо помнить о том, что любое суждение врача о больном, высказанное в его присутствии либо переданное ему другими пациентами, никогда не является индифферентным, а поэтому несет в себе положительный или отрицательный эмоциональный заряд.

При проведении косвенной психотерапии мы нередко используем **плацебо.** Обычно это порошки сахарной пудры, которые больному выдаются в кабинете медицинской сестрой. Предварительно специалист проводит с заикающимися индивидуальную психотерапевтическую беседу. В процессе беседы больному сообщают, что ему назначается новый сильнодействующий препарат, имеющийся в настоящее время только в лечебных учреждениях. Это лекарство, оказывая выраженное противосудорожное действие, быстро начнет помогать больному, но он обязательно должен соблюдать одно условие — тщательно следить за темпом своей речи или артикуляцией, силой голоса, дыханием и пр. Соблюдая эти условия, пациент добивается снижения выраженности заикания, что, в свою очередь, укрепляет его веру в назначенное лекарственное лечение, способствует более тщательному самоконтролю и в конечном счете еще более улучшает речь больного.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ТРЕНИРОВКИ

Функциональные тренировки, описанные в работах А.И. Захарова (1977), Н.М. Асатиани (1979), А.С. Слуцкого (1979), являются составной частью поведенческой психотерапии (Свядощ А. М., 1982; КарвасарскийБ.Д., 1985;идр.), основная часть которой — практическая адаптация больного к ситуации, вызывающей опасения.

В работе с заикающимися функциональные тренировки мы начинаем проводить на 3-м этапе курса лечения и проводим их преимущественно в условиях кабинета. На 4-м (завершающем) этапе этот прием лого- и психотерапевтической коррекции проводится как в кабинете, так и в реальных жизненных условиях.

Применяя методику функциональных тренировок, мы придерживаемся принципа постепенного усиления эмоциональной значимости ситуации речевого общения или «ступенчатого приближения к объекту страха» (по Н.М. Асатиани).

Уже в начальном периоде 3-го этапа курса лечения, когда больные приступают к тренировке подготовленных дома коротких сообщений, в процессе группового логопедического занятия реализуются некоторые приемы имаготерапии (ВольпертИ.Е., 1979, 1981).

Имаготерапия — метод психотерапевтической коррекции, основанной на создании больным в условиях функциональной тренировки образа человека, качествами и чертами характера которого хотел бы обладать пациент. Многократное воспроизведение в игровых ситуациях недостающих больному качеств постепенно дает ему возможность в определенной мере приблизиться к своему идеалу, стать на него похожим.

На первых логопедических занятиях 3-го этапа курса лечения, пересказывая подготовленный материал и стремясь говорить, по возможности, без заикания, пациент тщательно контролирует свою речь, следит за слитностью слов, паузами, темпом и применяет приемы ритмизации. Поэтому выступление больного, даже лишенное видимых затруднений, на первых порах напоминает ответ ученика в школе, а весь облик заикающегося, мимика и жесты соответствуют его ролевому поведению.

После того как большинство членов группы начинают говорить на занятиях без выраженного заикания, перед пациентами ставятся следующие задачи: 1) в процессе короткого сеанса АТ нужно ярко представить себе любимого преподавателя, у которого когда-либо учился больной (условие — речь и движения этого человека небыстрые, плавные, уверенные, манера поведения очень авторитетная; весь его облик не допускает мысли о том, что он может быть неточным или несправедливым, каждое его слово воспринимается с чувством доверия, знает он намного больше окружающих); 2) во время выступления постараться быть похожим на этого человека не только какими-то внешними

особенностями поведения, но и «увидеть» окружающих его глазами, стараться так же, как и он, передать аудитории свои знания и опыт, т. е., пересказывая текст, из ученика превратиться в преподавателя, не отвечать урок, а учить; 3) для этого необходимо не только следить за формой речи, но и сосредоточиваться на содержании, смотреть на аудиторию, заставить ее себя слушать.

Не всем больным в равной мере удается реализовать поставленные задачи. Лучше получается у заикающихся «художественного типа». Пациенты с психастенической акцентуацией характера, с неврозоподобным и органическим заиканием обычно с таким заданием справляются хуже. Но стремление к выполнению указанных упражнений, размышления по поводу поставленных задач — это уже само по себе заставляет больного активнее работать над собой и своей речью, отказаться от механического выполнения заданий. В зависимости от нервно-психических и личностных особенностей больного сложность задания может меняться, а в случаях неудач руководитель с помощью положительных лидеров из числа членов группы всячески подбадривает заикающегося, поддерживает в нем уверенность в том, что систематическая тренировка поможет ему успешно справляться с поставленными задачами.

Следующим по сложности этапом в системе функциональных тренировок является моделирование различных ситуаций речевого общения. Этот прием по своей сути напоминает психодраму, которая впервые была предложена в 30-х гг. нашего столетия австрийским психологом и психотерапевтом ^. Могепо как диагностический и корригирующий метод групповой психотерапии. При моделировании тех или иных ситуаций наши пациенты также полнее себя раскрывают в личностном плане и получают от специалиста рекомендации, направленные на преодоление нежелательных характерологических и речевых особенностей и автоматизацию нужных для больного навыков речи и поведения.

На занятиях разыгрываются сцены на темы: «покупатель — кассир — продавец; начальник — подчиненный; собрание; экзамены; конфликт с соседями» и др. План разыгрываемой ситуации и конкретные задачи, поставленные перед тем или иным пациентом (с учетом его особенностей), намечаются руководителем.

Применение приема моделирования, так же как и других видов лого- и психотерапевтической работы, основаны на принципе постепенного усиления эмоциональной насыщенности упражнений, которые варьируются в диапазоне: приятная ситуация — эмоционально индифферентная ситуация — конфликтная ситуация. К разыгрыванию наиболее сложных в эмоциональном плане сцен допускаются больные, справившиеся с предыдущим заданием.

Непосредственно перед занятием руководитель проводит с участниками в присутствии всей группы установочную психотерапевтическую беседу. Больным напоминают о необходимости использовать те или иные логопедические приемы (моноритмизация, расстановка пауз и пр.), и в зависимости от нервно-психического фона, на котором протекает нарушение речи, даются рекомендации по поводу общей линии поведения в процессе «игры». Например, при разыгрывании конфликтной ситуации «начальник — подчиненный» (задание: подача заявления о предоставлении внеочередного отпуска) больным с гиперстенической формой неврастении рекомендуется не повышать голоса, тщательно следить за темпом речи, все время выдерживать тон воспитанного уравновешенного человека, путем логических доводов убеждать «начальника» в необходимости срочного предоставления отпуска.

Больным с истероидной акцентуацией характера в сцене «отчет о своей производственной работе» мы предлагаем не давать речевых «отказов», так как такой «отказ» может дезориентировать «собрание» и поставить под сомнение «работу» больного, что может значительно осложнить всю его дальнейшую «деятельность». В этих случаях, учитывая определенные эгоцентрические тенденции указанной категории больных, мы советуем пациенту сосредоточить внимание «собрания» на общественной значимости проведенной им «работы».

Подготавливая к «игре» заикающихся с неврозом навязчивых состояний или акцентуированных по психастеническому типу и страдающих выраженной логофобией в ситуациях «покупатель — кассир», мы стараемся отвлечь больного от неприятных переживаний с помощью следующего приема: ожидая своей очереди, больной громко читает стихотворение, стараясь максимально сосредоточить внимание на его содержании (в реальной ситуации такой прием можно использовать, читая стихотворение про себя). Громкое, ритмичное, по возможности эмоциональное чтение стихов отвлекает больного от предстоящего обращения к «кассиру», немного его успокаивает и является как бы «трамплином» для начала речевого акта. В более сложных ситуациях чтение стихотворений можно заменить произнесением речевых эталонов.

После занятия организуется обсуждение проведенной работы. Члены группы анализируют «игру» своих товарищей, отмечают успехи и неудачи. Руководитель подводит итог и дает рекомендации по внедрению достигнутых результатов в жизнь.

Еще одной ступенькой вверх по лестнице усложнения заданий в системе функциональных тренировок является участие в концертах художественной самодеятельности, которые организуются силами членов лечебного коллектива. В качестве зрителей приглашаются родственники и друзья больных, медицинский персонал диспансера, пациенты, лечившиеся ранее, в некоторых случаях — заикающиеся, ожидающие начала лечения в очередной группе.

Программа концерта составляется с учетом нервно-психических и речевых особенностей исполнителей. Так, например, легковозбудимому больному с ускоренным темпом речи поручается выступить с чтением художественного произведения, содержание и форма которого помогают ему говорить плавно, небыстро, слитно; В этом случае подходит отрывок из повести Н.В. Гоголя «Страшная месть», «Чуден Днепр при тихой погоде...».

Пациенту, плохо чувствующему ритм, предлагается подготовить к концерту чтение стихов А.С. Пушкина, М.Ю. Лермонтова, Н.А. Некрасова. С больными, акцентуированными по астеноневротическому типу, отличающимися неуверенным слабым голосом, стеснительностью, эмо-циональной скованностью, проводится работа над жизнеутверждающими произведениями, насыщенными яркими образами и эмоциями.

В тех случаях, когда у заикающихся наблюдается выраженная боязнь аудитории, можно с небольшой группой больных подготовить к концерту литературный монтаж с хоровым чтением стихов. В него вводится самостоятельное чтение каждым больным 2—3 стихотворных строчек.

Больные, умеющие петь или играть на музыкальных инструментах, выступают с музыкальными номерами. При этом они обязательно предваряют свое выступление развернутыми пояснениями.

Заранее подготовленная и доброжелательно настроенная аудитория, как правило, тепло принимает самодеятельных артистов, помогая им обрести чувство уверенности в своих силах и без излишнего волнения реализовать стоящие перед ними задачи. После концерта по нашей просьбе несколько зрителей высказывают свое мнение о речи выступавших. Непрофессиональная оценка выступлений, которая обычно сводится только к похвалам больных, в такие минуты также оказывает большое активизирующее влияние на лечебную группу, создает эмоциональный стимул для дальнейшей работы над речью. Детальный разбор речи пациентов, основанный на приобретенных ими знаниях методики самостоятельной логопедической работы, проводится в условиях так называемых лечебно-тренировочных конференций.

Конференции также проводят в актовом зале в торжественной обстановке, максимально приближенной к условиям проведения подобного рода мероприятий<.. .> . В процессе подготовки к такому занятию заблаговременно 3—4 больным поручают подготовить доклады, рассчитанные на 15—20 мин. Темы докладов выбираются пациентами по своему усмотрению и утверждаются руководителем. Доклад должен быть подготовлен таким образом, чтобы он был понятен и интересен аудитории (больные всего потока — 3 группы). Только в этом случае слушатели получают возможность во время доклада подготовить ряд вопросов по содержанию выступления. Вопросы докладчикам задаются в устной форме. При этом используются навыки, полученные на групповых занятиях в процессе тренировки диалогической речи.

Каждому докладчику из числа больных заранее назначается рецензент, который должен проанализировать речь выступавшего товарища. Помимо рецензентов в обсуждении принимают участие все желающие члены лечебного коллектива. Задача руководителя — направлять обсуждение в нужное психотерапевтическое русло. Хорошая речь докладчика, спокойная манера поведения на трибуне, умение четко ответить на поставленный вопрос (задаются вопросы различной степени сложности с учетом образования больного) — все это дает возможность выступающему хорошо подготовиться в речевом и психологическом отношении к участию в подобных мероприятиях в реальной обстановке и является положительным примером для остальных пациентов. Затруднения, иногда воз никающие во время доклада, подробно анализируются больными и руководителем. В процессе обсуждения вскрываются причины затруднений и намечаются меры по их преодолению.

Еще одним видом функциональной тренировки являются занятия, посвященные автоматизации навыков улучшенной речи в условиях телефонного разговора. В таких занятиях нуждаются больные, отличающиеся тревожно-мнительными чертами характера, у которых обычно выражен страх речи перед началом разговора по телефону, когда им нужно кому-либо позвонить<...> .

Примерно за неделю до начала активных тренировок в кабинете с отобранной группой пациентов проводится установочная психотерапевтическая беседа. В процессе беседы специалист разъясняет больным, что в основе боязни телефона лежат механизмы патологической условно-рефлекторной связи, закрепляемые неудачной попыткой речи в данной ситуации. Для угашения патологического условного рефлекса и воспитания качественно новых эмоциональных и речевых реакций можно прибегнуть к следующему приему: создать модель телефонного разговора, в котором будет отсутствовать основной отрицательный условно-рефлекторный раздражитель — голос живого собеседника. С этой целью мы рекомендуем больному звонить в службу точного времени (номер телефона в Санкт-Петербурге — 08), где на вызов отвечает автомат. Таким образом, несмотря на совершение ряда движений, ранее всегда совпадающих по времени с возникновением эмоционального напряжения (снятие трубки, прослушивание гудка, вращение диска), больной понимает, что будет говорить наедине с собой, т. е., как правило, без заикания. Пока в телефонной трубке слышатся гудки, он четко, ритмично, без привычного волнения, задает вопрос: «Скажите, пожалуйста, сколько сейчас времени?» Услышав ответ, спокойно благодарит. При многократном повторении этого упражнения у больных на фоне чувства эмоционального покоя вырабатывается навык четких, свободных движений, связанных с осуществлением телефонного разговора. Теперь эти движения, регулярно подкрепляемые хорошей речью, начинают постепенно входить в положительную двигательную условно-рефлекторную цепочку и являются отправной точкой для спокойного начала разговора с реальным собеседником.

Располагая ситуации общения по телефону по степени усиления эмоциональной значимости, пациент последовательно разговаривает со справочными службами (мысль, успокаивающая больного: «Меня там никто не знает»), с родственниками, друзьями, в ситуации официальных телефонных разговоров.

Перед занятием в кабинете больным еще раз напоминают о необходимости в телефонном диалоге соблюдать слитность слов во фразе, спокойный темп, паузы между вопросами и ответами.

Больных делят на две подгруппы. По желанию каждый выбирает себе партнера для предстоящей тренировки речи. Больные намечают примерный круг вопросов, который будут обсуждать во время беседы. Затем подгруппы во главе со специалистами расходятся по разным кабинетам, оснащенным телефонами. Партнеры во время занятия беседуют друг с другом 2 раза. Это необходимо для того, чтобы каждый из них мог вызвать другого к телефону (наиболее сложная для многих ситуация) и ответить на вызов.

Больные, находящиеся в разных кабинетах, звонят друг другу по очереди. На первых занятиях очередность разговоров заранее не намечается, ее устанавливает руководитель. Это помогает несколько снизить уровень эмоций ожидания начала беседы по телефону. В дальнейшем, когда больные к предстоящей работе начинают относиться достаточно спокойно, очередность бесед намечается заранее. Ожидая очереди, больной по своему желанию может провести короткий сеанс АТ, подготавливая себя к предстоящему разговору, либо отвлекает свое внимание он телефона, читая книгу или просматривая журнал.

В процессе тренировок специалисты, находящиеся рядом с собеседниками, контролируют их речь, не дают им торопиться, в случаях необходимости берут их за руку и отбивают пальцами четкий ритм.

В подавляющем большинстве случаев при условии активного участия больных в занятиях и организации самостоятельной работы описанный выше вид функциональной тренировки приводит к успеху. Для многих проблема общения по телефону постепенно утрачивает актуальность.

Ближе к окончанию курса лечения мы проводим ряд занятий по закреплению достигнутых результатов в реальной обстановке — на улице, в магазинах<...>, в транспорте. К этому виду работы привлекаются больные, у которых речь в общественных местах вызывала значительные затруднения.

Специфика такого рода функциональных тренировок заключается в том, что занятия организуются в небольших группах (2—3 человека), иначе пациенты начинают привлекать к себе внимание окружающих. Первые занятия проводятся под руководством специалиста. По его указанию больные обращаются к окружающим людям с теми или иными вопросами, соответствующими ситуациям. Присутствие сотрудника кабинета должно восприниматься пациентами не как проверка их работы, а как определенная моральная «сила», которая может оказать реальную помощь в нужный момент. При наличии хорошего психотерапевтического контакта с руководителем некоторые больные отмечают, что им легче начать общение с посторонними, когда руководитель находится рядом (держит их под руку, стоит за спиной, прикасается к руке, незаметно отбивая речевой ритм). В случае неудачи руководитель активно вступает в беседу, отвлекает внимание постороннего человека от больного. Все это становится известно пациентам заранее из установочной беседы, проводимой перед

занятием. Поэтому во многих случаях они чувствуют себя во время тренировки достаточно уверенно и справляются с поставленными перед ними задачами. Таким образом, специалист помогает больному разорвать патологические условно-рефлекторные связи, возникшие на эмоционально значимые раздражители, и заложить основу в создании системы положительных речевых условных рефлексов.

При успешном проведении первых занятий в реальной обстановке руководитель начинает постепенно уходить как бы на второй план, предоставляя больше самостоятельности больному, затем руководителя может заменить медицинская сестра или положительный лидер из числа членов группы. Далее пациентам рекомендуется по указанной методике продолжать эти тренировки самостоятельно.

На этом этапе курса лечения и после его завершения исключительно важное значение мы придаем введению навыков улучшенной речи в жизнь, особенно в тех ситуациях, в которых больным ранее было трудно разговаривать.

Учащимся и студентам необходимо перешагнуть психологический барьер и начать пользоваться хорошей речью в наиболее сложных для многих условиях — во время уроков и групповых занятий, т. е. из больного, страдающего заиканием, в том же самом учебном коллективе «превратиться» в человека с хорошей речью. Сразу начать говорить без заикания, отвечая преподавателю на оценку пройденный материал, трудно. Тут пришлось бы сразу следить за многими вещами: правильно излагать учебный материал, отвечать на вопросы, применять приемы, улучшающие речь. Практически это редко кому удается.

Поэтому мы рекомендуем учащимся заранее попросить преподавателя, объяснив ему суть просьбы, дать возможность выступить в классе или аудитории с маленьким хорошо подготовленным, почти выученным наизусть материалом. Преподаватель должен стать союзником нашего пациента и позаботиться о том, чтобы его выступление естественно вошло бы в канву занятия, не вызывая ни у кого из присутствующих каких-либо подозрений. В такой ситуации нередко нашим больным удается говорить так, как они говорят на логопедических занятиях в кабинете, т. е. значительно лучше, чем до начала курса лечения. А преподаватель, правильно понявший отведенную ему роль, может закрепить успех своего ученика, сказав как бы вскользь, что больной не только хорошо знает материал но, на его взгляд, не напрасно тратил время на лечение и теперь говорит хорошо. Улучшенная речь в аудитории, ненарочитая моральная поддержка педагога, дружеская заинтересованность товарищей создают условия для дальнейшей автоматизации навыка улучшенной речи в учебном заведении.

Работающим пациентам мы рекомендуем в качестве «перекидных мостиков» использовать выступления, к которым они могут тщательно подготовиться дома (доклад на собрании, лекция, и пр.). Желающие закрепить достигнутые результаты должны не только не отказываться от такого рода поручений, но и использовать любой повод для тренировки речи в ситуациях, бывших ранее трудными.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ФИЗИО- И ИГЛОТЕРАПИЯ

В курсе комплексного лечения заикания немаловажную роль играют медикаментозные назначения, физиотерапевтические процедуры и, в отдельных случаях, иглорефлек-сотерапия.

При лекарственном лечении учитываются не только состояние нервной системы больного, но и особенности личности заикающегося. В последние годы медикаментозные назначения становятся все более специфичными и целенаправленными.

Из применяемых лекарств назначаются транквилизаторы типа нозепама (тазепама), сигнопама, а также реланиу-ма (диазепама), седативные и общеукрепляющие средства, проводится витаминотерапия. Широко применяются препараты кальция с учетом их общеукрепляющего и противосу-дорожного действия. В случаях тяжелого заикания, протекающего с преобладанием тонических речевых и сопутствующих судорог, назначаются противосудорожные средства: финолепсин, конвулекс. Из ноотропов предпочтительно применение пиками л она (проф. Л.И. Круглова).

При назначении такого препарата, как фенибут, помимо его транквилизирующего и успокаивающего действия используется и прием косвенного внушения, связанный с тем, что в листовке, прилагаемой к лекарству, в разделе «показания к применению» в перечне заболеваний на первом месте стоит заикание.

На протяжении курса лечения физиотерапевтами кабинета проводятся такие физиотерапевтические процедуры, как электрофорез по общей и воротниковой методике кальция хлорида, бромидов и новокаина; спирт-новокаиновая «маска» на область жевательных мышц рта;

общее ультрафиолетовое облучение; гидротерапия; введение путем электрофореза платифиллина, алоэ.

В городском логотерапевтическом Центре имеется опыт использования иглорефлексотерапии. Этот метод, на наш взгляд, помогает не всем заикающимся и применяется выборочно. Накопленный опыт пока еще не позволяет четко сформулировать показания к применению иглотерапии. Но уже можно сказать, что этот метод показан в тех случаях, когда заикание протекает на фоне выраженных вегетонев-ротических проявлений, а также при наличии у наших больных кожных заболеваний психосоматического характера. Имеются случаи успешного применения иглотерапии при лечении заикающихся подростков, страдающих энурезом. Для отдельных пациентов, отличающихся повышенной внушаемостью, иглоукалывание с успехом может быть использовано и в качестве одного из приемов косвенной суггестии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Вопрос эффективности комплексного лечения заикания освещался в работах В.М. Шкловского (1967, 1994); Л.Я. Мис-суловина(1969,1988); Б.К. Осокина(1971), В.А. Ковшикова (1972), В.А. Куршева (1973), В.Г. Казакова (1973), В.И. Селиверстова (1979), Н.А. Власовой, К.П. Беккера(1978,1983) и в некоторых других работах.

Обсуждение в литературе результатов лечения осложняется различным подходом многих авторов к определению оценок и критериев эффективности преодоления этого нарушения речи.

Так, например, В.А. Ковшиков (1972), не касаясь вопроса критериев эффективности лечения, оценивает результаты лечебно-коррекционного воздействия следующим образом: полное устранение заикания, значительное улучшение, незначительное улучшение, без улучшения.

Неопределенностью и субъективностью, на наш взгляд, отличаются формулировки оценок, приведенные в работе В.А. Куршева (1973): значительное улучшение, заметное улучшение, небольшое улучшение, отсутствие изменений в состоянии речи.

В монографии «Заикание» (под ред. Н.А. Власовой, К.П. Беккера, 1983) состояние речи заикающихся школьников, окончивших курс лечения, оценивается по показателям (ВесЬег, &вап§е), которые основываются на следующих критериях: нормальная речь — обследуемые не обнаруживают никаких симптомов заикания; скрытое заикание — обследуемые владеют свободной речью, из симптомов заикания обнаруживается лишь эмболофразия; заикание, не снижающее общения, — симптомы заикания проявляются лишь в сложных ситуациях. Это не мешает школьникам в учебе и не нарушает их социальной адаптации. Стойких эффективных реакций на нарушения речи не наблюдается; заикание, влияющее на общение, — наблюдаются типичные симптомы заикания. Социальная активность ограничена, в условиях нормальной школы не исключено отставание в учебе; неспособность к речевому общению — заикание накладывает отпечаток на всю личность ребенка.

Основываясь на многолетнем опыте работы и учитывая невозможность получения точной и объективной информации о состоянии речи заикающегося, окончившего лечебный курс, в различных ситуациях общения, мы отказались от первой оценки, используемой многими авторами, — «полное устранение», или «нормальная речь», заменив ее оценкой «практически здоровая речь», которая, как нам кажется, более соответствует реальному положению дел. Другие оценки эффективности лечения, применяемые сегодня в межрайонных логотерапевтических кабинетах, в той или иной мере совпадают с оценками, приведенными во многих работах по заиканию.

Результаты лечения взрослых и подростков нами оцениваются по 4-балльной шкале.

1. Практически здоровая речь (у лечившегося может быть несколько невыраженных речевых судорог в день, такие су дороги легко им преодолеваются и не мешают человеку об щаться с окружающими людьми в любой обстановке).

2. Значительное улучшение (у заикающегося резко сокра щаются количество и тяжесть речевых судорог; в спокойной обстановке больной говорит без заикания; при эмоциональ ном напряжении речь, как правило, ухудшается, но боль ной достаточно легко преодолевает эти речевые затрудне ния).

3. Улучшение (количество и тяжесть речевых судорог не сколько уменьшаются; обычно больной испытывает речевые затруднения в ранее трудных для него условиях; эти затруд

нения не всегда успешно преодолеваются больным).

4. Без улучшения состояния речи (к этой группе относят ся больные, полностью прошедшие курс лечения без види мых результатов).

Помимо оценки состояния речи мы исследуем на завершающих этапах курса лечения и изменения, происшедшие внервно-психическом состоянии больного, а также его субъективное отношение к результатам лечебно-коррекци-онных воздействий, которое складывается из осознания новых речевых возможностей и изменения системы отношений пациента с окружающей средой.

С этой целью проводится комплексное обследование, включающее следующие основные моменты: оценка состояния речи в различных ситуациях, позволяющих осуществить за больным наблюдение (кабинет, конференция в зале, речь на улице, в магазине, в транспорте и др.); субъективная оценка больным своей речи и эмоциональных реакций в ранее сложных для него ситуациях (по данным письменных отчетов); оценка состояния речи и эмоциональной сферы со слов родственников; оценка состояния речи и эмоциональной сферы преподавателями и, при наличии возможности, сотрудниками, а также непосредственным руководителем (со слов больного и его родственников); устный отчет больных о самостоятельной работе в процессе курса лечения и достигнутых результатах, с которым они выступают на заключительном занятии.

Мы располагаем сведения о результатах лечения 2414 больных, лечившихся от заикания в четырех межрайонных логотерапевтических кабинетах с 1977 по 1983 г.

В силу общих организационно-методических установок, одинаковых условий работы и равноценной квалификации специалистов кабинеты на протяжении ряда лет дают по поводу эффективности лечения заикающихся примерно одни и те же цифровые данные, которые говорят о некотором улучшении результатов лечебно-коррекцион-ного воздействия в последние годы в связи с введением в логотерапевтическую практику достижений науки (новые лекарственные препараты, применение иглотерапии, дифференцированное применение психотерапевтических методов и др.). Одинаковые в основном методы и результаты логотерапии заикания свидетельствуют об определенной объективности полученных данных, позволяют их обобщить и вывести средние показатели эффективности лечения за 7 лет.

Результаты лечения заикания в межрайонных логотерапевтических кабинетах психоневрологических диспансеров Ленинграда (1977—1983 гг.)

Практически здоровая	431(17,8%)
Значительное улучшение	835 (34,6%)
Улучшение речи	930(38,5%)
Без улучшения речи	218(9,1%)
Всего	2414(100%)

Сведения, полученные в результате логопедических и врачебных наблюдений, психотерапевтических бесед, письменные отчеты больных, а также беседы с родственниками лиц, прошедших курс лечения, дают возможность сделать вывод о том, что в подавляющем большинстве случаев к моменту завершения лечебного курса прослеживается взаимосвязь между состоянием речи и нервно-психическим состоянием больного. Пациенты, оканчивающие лечение с положительной оценкой, как правило, чувствуют себя значительно лучше, спокойнее, более активно и уверенно вступают в общение с окружающими людьми; для многих утрачивается актуальность «речевой проблемы» в ситуациях, ранее вызывавших сильное эмоциональное напряжение. Но в отдельных случаях динамика нервно-психического состояния заикающегося к моменту окончания лечения не всегда полностью соответствует оценке состояния его речи. Так, нам приходилось наблюдать больных с тяжелой степенью заикания, осложненного дизартрией и протекающего на фоне органического поражения головного мозга, у которых практически улучшения речи не наступало. Тем не менее в результате комплексного лечебного воздействия, а также в силу повышенной внушаемости этих больных они становились более спокойными и упорядоченными, субъективно отмечали улучшение общего состояния и состояния речи.

За больными, окончившими курс лечения, в течение 5 лет осуществляется диспансерное наблюдение. Контрольные проверки речи проводят в следующие сроки: 1-я проверка — через 1 мес. после окончания лечения; 2-я — через 3 мес.; 3-я — через 6 мес.; 4-я — через год; в последующие 4 года

бывшие пациенты вызываются для контроля 1 раз в год. В случае ухудшения речи они могут не ждать назначенного срока.

Вследствие указанной организации диспансерного наблюдения мы располагаем сведениями об отдаленных результатах лечения около 90% больных.

Средние катамнестические данные, собранные в 1985 г., в межрайонных логотерапевтических кабинетах Ленинграда (срок наблюдений — от 1 мес. до 5 лет), говорят о том, что стойкие результаты лечения наблюдаются у 78,5% лечившихся, а у 21,5% больных возникает полный либо частичный рецидив заикания.

Больные с ухудшением состояния речи направляются в группу поддерживающей терапии (в зависимости от состояния больного и причины рецидива делается акцент на те или иные приемы лечебно-коррекционного воздействия), или не ранее чем через год заикающемуся предлагается повторный курс лечения.

Перечисленные ниже факторы влияют на непосредственные и отдаленные результаты лечения:

—нервно-психическое состояние и характерологические особенности больного (успешное лечение у больных неврозов и вторичных невротических наслоений способствует устранению заикания; наиболее же благоприятен прогноз при астеноневротическом синдроме, неврастении, а также при истерии, если у больного устраняется условная желательность речевого судорожного синдрома; менее благоприятные результаты лечения наблюдаются у заикающихся с неврозом навязчивых состояний, органическим поражением центральной нервной системы, у больных психопатиями и психическими заболеваниями);

—степень выраженности заикания и наличие у больного других нарушений речи (крайне тяжелая степень заикания с выраженными сопутствующими движениями и заикание, осложненное дизартрией, ринолалией, тахилалией, обычно малоперспективны в прогностическом отношении);

состояние организма в целом (благоприятствует лечению

способствуют успеху лечения и могут явиться причиной рецидива заикания);

— вредные привычки (табакокурение, употребление алкоголя, злоупотребление лекарственными препаратами с целью самолечения и с другими целями мешают достижению хороших, стойких результатов лечения);

— условия жизни, работы и учебы больного (лечению и закреплению хороших результатов способствуют: спокойная обстановка в семье, в учебном заведении и на работе, правильное отношение окружающих людей к больному, помощь близких и педагогов учебных заведений в организации самостоятельной работы над речью; затяжные конфликтные ситуации, психотравмы, непонимание окружающими, особенно близкими людьми, необходимости лечения заикания, переутомление — могут помешать в процессе курса лечения и нередко являются причиной ухудшения достигнутых положительных результатов).

Но, пожалуй, одним из наиболее существенных моментов, влияющих на эффективность лечения и длительность ремиссии, являются характерологические особенности больного. Человек настойчивый, целеустремленный, дисциплинированный, активно борющийся с недостатками своей речи, при благоприятных условиях, как правило, добивается хороших и стойких результатов.

Приведем данные о результатах лечения 191 больного, прошедших полный курс лого- и психотерапии в 1995 г. в трех лечебных учреждениях Санкт-Петербурга (Городской логотерапевтический Центр, ПНД Василеостровского района, ПНД Фрунзенского и Кировско-Красногвардейского районов):

Практически здоровая речь	34(17,8%)
Значительное улучшение речи	52(27,2%)
Улучшение речи	84(44%)
Без улучшения речи	21(11%)
Всего	191(100%)

Приведенный цифровой материал свидетельствует об определенном ухудшении результатов комплексной терапии заикания в последнее время. Причинами указанного факта являются: утяжеление психоневрологической диагностики, резкое снижение количества лечившихся женщин, которые обычно лечатся с более высокой результативностью, чем мужчины; усложнившиеся для многих пациентов социально-экономические условия, большое количество юношей призывного возраста и пр. (более подробно приведенные причины были проанализированы выше).

АППАРАТ «АИР» И МЕТОДИКА ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ

Принцип действия и показания к применению. Как показано в предыдущей главе, в результате курса комплексного лечения заикания у большинства пациентов наблюдается положительный эффект. У этих пациентов не только появляются правильные установки на свою речь и окружающую среду, не только исчезает или в значительной степени ослабевают страх, эмоциональная напряженность, неуверенность и т. д., но и практически улучшается речь.

Тем не менее проблема устранения заикания далека от окончательного разрешения. Определенный процент больных, оканчивающих лечение с незначительным улучшением либо без улучшения речи, недостаточная устойчивость положительных результатов лечебной работы у отдельных лиц, значительная распространенность заикания — все это побуждает специалистов, связанных с проблемой речи, к поискам новых, более эффективных средств устранения этого недостатка речи. Таким средством борьбы с заиканием являются аппараты типа «АИР». Первое поколение этих аппаратов сконструировано на основе нашего коллективного изобретения, защищенного в настоящее время тремя зарубежными патентами в США, Франции и Канаде {Рай. 4464119}.

Действие аппарата основано на использовании эффекта задержанной речи (Ьее В., 1950). Время задержки может быть установлено в диапазоне 80...200 мс и подбирается для каждого больного индивидуально. Заикающийся, применяя аппарат «АИР», слышит в наушнике свою собственную речь с некоторым запаздыванием, в результате которого корригируются темп и ритм его речи, что, в свою очередь, приводит в большинстве случаев к значительному снижению речевой

судорожности. В отличие от ранее применявшихся «эхо-магнитофонов» В. АйатсгуЬ и М.Е. Хватцева (1965) аппарат «АИР» портативен и может быть использован в различных ситуациях общения<...> .

Имеющийся опыт применения больными нового аппарата показывает, что аппарат улучшает речь не у всех заикающихся. В связи с этим мы сделали попытку выявить особенности проявления заикания, при которых применение аппарата «АИР» может быть эффективным, а также попытались разработать методику использования аппарата в курсе комплексного устранения заикания (Миссуловин Л.Я., 1979).

С этой целью с помощью аппарата были обследованы 238 заикающихся в возрасте от 12 до 54 лет, страдающих только тяжелой и средней степенью заикания. Обследование проводилось по следующему плану.

1. Исследование диалога, чтения и самостоятельной речи без применения аппарата «АИР».
2. Исследование диалога, чтения и самостоятельной речи с помощью аппарата.
3. Психоневрологическое исследование.

В логопедическом статусе исследование каждого из указанных видов речи осуществлялось в течение 2 мин. Для того чтобы избежать улучшения речи, связанного с повторением одного и того же

речевого материала, исследование речи без аппарата и с аппаратом «АИР» проводилось на различном, но равноценном по сложности материале. При сравнении речи обследуемого без аппарата и с аппаратом «АИР» особое внимание обращалось на частоту, тип, локализацию и выраженность речевых судорог, наличие сопутствующих и ритуальных движений, темп речи, силу голоса и четкость артикуляции. В процессе обследования принимался во внимание уровень переживаний больного по поводу недостатка его речи.

Анализ данных обследований и наблюдений позволил условно разделить всех обследуемых на 3 группы.

1-я группа — заикающиеся, которым аппарат значительно помогает (частота речевых судорог снижается не менее чем на 50%, значительно снижается и их выраженность).

2-я группа — заикающиеся, которым аппарат помогает незначительно (частота речевых судорог снижается не менее чем на 20%).

3-я группа — заикающиеся, которым аппарат не помогает (частота и выраженность речевых судорог практически не снижаются).

1-ю группу составили примерно *70%* общего числа обследованных больных. Наши данные совпадают с наблюдениями М.Е. Хватцева (1965), который отмечал, что $^2/_3$ испытуемых до применения «эхо-магнитофона» говорили настолько плохо, что их трудно было понять. Больные, использующие аппарат, говорили или абсолютно плавно, или в редкими и менее выраженными задержками.

В эту группу вошли больные с тяжелой и средней степенью заикания, у которых наблюдалось преобладание арти-куляторно-голосовых явлений. Почти у всех заикающихся этой группы был значительно ускорен темп речи. Подавляющее большинство больных предъявляли жалобы на боязнь выступлений на собраниях и т. п., часть заикающихся в качестве «трудных» речевых ситуаций отмечали короткие диалоги в быту с незнакомыми людьми, а также разговоры по телефону. Тем не менее все заикающиеся этой группы достаточно хорошо справлялись со своими обязанностями на работе и в учебных заведениях.

При психоневрологическом обследовании у части заикающихся 1-й группы были обнаружены невротические наслоения, вегетативные нарушения, признаки резидуального органического поражения головного мозга. В остальных случаях клинических патологических изменений выявлено не было.

Характерной особенностью 1-й группы является то, что аппарат улучшает почти в равной степени самостоятельную речь, чтение и диалог. Улучшение речи возникает на фоне замедления речевого темпа. В тех случаях, когда у больных наблюдались сопутствующие и ритуальные движения, одновременно с улучшением речи снижались их частота и выраженность.

Большой интерес представляет субъективная оценка действия аппарата, даваемая больными 1-й группы. На вопрос: «Как вы оцениваете действие аппарата?» — приходилось слышать разные ответы. Одни отвечали: «Мне говорить легче, потому что я начинаю говорить медленнее». Другие заявляли: «С аппаратом моя речь лучше, но говорить мне труднее, так как аппарат меня отвлекает, внимание рассредоточивается».

Желание пользоваться аппаратом в повседневной жизни выразили не все больные. В основном это были люди старшего возраста со страхом публичных выступлений и которым все же необходимо часто выступать. Школьники и некоторые студенты прямо говорили, что стеснялись бы пользоваться аппаратом в жизни.

2-ю группу составили 20% всех обследованных. У подавляющего большинства наблюдалось заикание тяжелой степени смешанной формы. У отдельных больных была диагностирована средняя степень заикания.

Характерной особенностью этой группы является то, что самостоятельная речь и диалог улучшаются незначительно, а значительное улучшение речи наступает во время чтения. Также обращает на себя внимание то, что аппарат почти не снимает у этих больных дыхательных судорог. По психоневрологическим диагнозам и по уровню переживаний особенностей в этой группе, по сравнению с первой, выявить не удалось.

В 3-ю группу, самую малочисленную (10% общего числа всех обследованных) вошли больные с тяжелой степенью заикания. У большинства обследованных наблюдалось преобладание дыхательных нарушений, выраженные сопутствующие и ритуальные движения. Кроме того, у ряда больных этой группы наблюдался выраженный тонус круговой мышцы рта вне произнесения каких-либо звуков речи. Если воспринимать речь этих заикающихся только на слух, то заикание выразится в достаточно длительных разрывах речевого потока. Видимо, аппарат им не помог, так как

не устранял эту разорванность речи и, может быть, лишний раз фиксировал на ней внимание больных.

У всех заикающихся этой группы наблюдался выраженный страх речи с фиксацией на своей речи в разных ситуациях. У нескольких больных наблюдалась определенная и профессиональная сниженность. Они не могли работать по своей специальности, нормально учиться.

У всех больных 3-й группы заикание протекало на фоне функциональных, а в ряде случаев и органических заболеваний нервной системы. Среди них были больные с психопатическими чертами характера. У больных этой группы, как правило, на аппарат «АИР» была негативная реакция.

Несмотря на то, что, по нашим данным, аппарат оказался неэффективен лишь для 10% всех больных с тяжелой и средней степенью заикания, он был использован на протяжении последних лет на разных этапах курса комплексного лечения только для 104 заикающихся (72 человека с тяжелой степенью заикания, 32 — со средней). В тех случаях, когда можно было добиться положительных результатов без применения аппарата, больному предлагались традиционные логотерапевтические приемы.

Для того чтобы выяснить возможность использования аппарата для каждого больного, в логопедическое обследование, которое проводится в начале подготовительного этапа, мы ввели раздел: «Исследование речи с помощью аппарата "АИР"». В результате этого дополнительного исследования больного можно условно отнести к 1-й, 2-й либо к 3-й группе (по уровню эффективности действия аппарата).

В дальнейшем, обсуждая применение аппарата «АИР» для заикающихся, мы будем иметь в виду больных только 1-й и 2-й групп.

Применение «АИР» на подготовительном этапе лечения. На логопедических занятиях подготовительного этапа, в тех немногочисленных случаях, когда произнесение речевых «образцов» вызывало у больного затруднения, мы применяли аппарат.

При применении аппарата «АИР» темп произнесения речевых образцов несколько замедляется, вырабатывается более сильный голос, улучшается артикуляция звуков речи. Но модуляции голоса могут стать менее гибкими, может возникнуть некоторая монотонность. Поэтому мы внимательно следили за атакой голоса больного, добиваясь мягкого, «бархатистого» произнесения звуков и по возможности большей интонационной выразительности.

Работая с помощью аппарата над плавностью, темпом и слитностью речи при тренировке образцов речи, необходимо обращать внимание больного на темп и плавность общих движений, так как речевая моторика человека тесно связана с его общими двигательными навыками.

Наблюдения показывают, что применение аппарата на занятиях подготовительного этапа рекомендуется примерно в течение 5—7 мин. Через 2 нед. после начала курса лечения,

когда больной легко научится произносить «образцы» с помощью «АИР», следует на занятиях постепенно уменьшать задержку речи (до 100... 120 мс с учетом индивидуальных особенностей больного) и периодически отключать аппарат. При этом от больного необходимо добиваться речи, точно такой же, как и при использовании аппарата.

На подготовительном этапе лечения наблюдается определенная специфика и в психотерапевтической работе с больными, использующими аппарат «АИР».

В процессе психотерапевтических бесед и АТ больным дается правильная психологическая установка на аппарат как на средство автоматизации необходимых речевых навыков, а также внушается отсутствие чувства неловкости, которое испытывают, отдельные заикающиеся, приступая к работе с аппаратом.

Применение «АИР» в процессе сеанса внушения в состоянии бодрствования. На сеансе внушения в состоянии бодрствования для отдельных больных также может быть использован аппарат «АИР». В этом случае индивидуальное внушение проводится с учетом применения аппарата.

Примерная формула индивидуального внушения: «Сейчас вы с помощью аппарата сосчитаете громко, четко, плавно и слитно от 1 до 10, а затем начнете говорить точно так, как вы будете считать: громко, легко, свободно, без малейшего страха и боязни! При этом никакой неловкости и смущения в связи с применением аппарата вы не будете испытывать. Вы прекрасно понимаете, что аппарат является «мостиком» , переходной стадией в логопедической работе от затрудненной речи к самостоятельной свободной речи в разных ситуациях. В дальнейшем вы будете везде и всюду говорить легко, небыстро, плавно и слитно, громко и четко, без всякого страха речи. Для этого в течение определенного периода вы будете пользоваться аппаратом не только на логопедических занятиях, но и в отдельных, ранее «трудных» для вас ситуациях: в магазинах, в аудиториях, по телефону и

т. д.».

После момента внушения специалист сразу включает аппарат с установленной заранее оптимальной для данного больного задержкой речи и предлагает пациенту произнести ряд цифр от 1 до 10. Затем отраженно (специалист произносит — больной повторяет) проговаривается несколько простых, эмоционально значимых фраз: «Я могу говорить легко и свободно. Я говорю громко, четко и совершенно уверенно. Я говорю в большой аудитории, но никакого страха и боязни я не испытываю. Аппарат «АИР» помогает мне говорить» и т. п. Потом тренируются диалог и самостоятельная речь больного.

В результате эмоционального императивного внушения и хорошей речи в аудитории, достигнутой с помощью аппарата, у больных появляется чувство уверенности в том, что имеются средства, с помощью которых они смогут избавиться от заикания и страха речи, смогут стать полноценными людьми, т. е. создаются предпосылки для успешного проведения дальнейшей логотерапевтической и психотерапевтической работы.

В некоторых случаях сеанс внушения в состоянии бодрствования может быть заменен психотерапевтической беседой, проводимой без суггестивных методов. Цель этой беседы, содержание внушений и тренировка речи с аппаратом «АИР» — те же, что и в сеансе с демонстративными методами.

После сеанса внушения в бодрствующем состоянии либо после психотерапевтической беседы вводится охранительный режим (режим молчания), который лицами, применяющими аппарат «АИР», проводится так же, как и остальными пациентами.

Применение «АИР» на этапе автоматизации навыков улучшенной речи в условиях кабинета. После снятия режима молчания на первых 2—3 занятиях этого этапа работы целесообразно пациентов, пользующихся аппаратами, выделить в отдельную группу. Это дает им возможность приспособиться к аппарату в более спокойной обстановке. Затем следует их ввести в общую группу больных, что обеспечивает более естественные условия для тренировки речи. Логопедические занятия начинаются с тренировки несложного диалога. Подобрав оптимальную для каждого больного задержку речи, специалист предлагает пациентам задавать друг другу заранее подготовленные вопросы, требующие конкретного, четкого ответа. Например: «Как ваша фамилия?», «На какой улице вы живете?» и т. д.

В тех случаях, когда при произнесении фраз-образцов с аппаратом в начале первого слова возникает судорога (больные 2-й группы), перед фразой можно просчитать от 1 до 3 и затем без паузы произнести все предложение. При счете с аппаратом на этом этапе работы затруднений, как правило, не бывает. Таким образом, при произнесении цифр перед фразой возникает эффект эха, т. е. еще до начала фразы замедляется темп артикуляторных движений, что дает возможность предупредить речевую судорогу в начале речи.

Работая над диалогической речью и фразами-образцами, больным, периодически использующим «АИР», следует давать возможность тренироваться без аппарата. При этом они должны стремиться говорить так же, как и с аппаратом, т.е. небыстро, плавно, слитно.

На 3—4-м занятии после охранительного режима, если работа идет успешно, рекомендуется приступить к тренировке небольших прозаических отрывков из художественных произведений.

Для этой цели желательно выбирать тексты с несложными грамматическими конструкциями.

В связи с тем, что у больных как 1-й, так и 2-й группы при применении аппарата «АИР» значительно улучшается речь при чтении, работу над текстами целесообразно начать с чтения выбранного отрывка. В процессе чтения с аппаратом следует особое внимание обращать на «мягкость» и интонационную выразительность голоса. Для этого больным необходимо сосредоточиваться не только на технике речи, но и на содержании читаемого текста.

Хорошее знание содержания отрывка значительно способствует достижению свободной речи и при пересказе тренировочного текста. Если пациент нечетко знает, о чем ему нужно говорить, путается в построении фразы, допускает слишком большие паузы в связи с припоминанием материала, — при работе с аппаратом он не сможет в должной мере сосредоточить внимание на прослушивании своей задержанной речи в наушнике, и в этом случае аппарат может еще больше дезорганизовать речь больного. Поэтому очень важно при работе с аппаратом, особенно на первых порах, свободно владеть текстом, выбранным для пересказа. Изложение материала должно быть по возможности четким, последовательным, с правильным расчленением всего речевого потока на фразы и смысловые паузы. Этим же условиям должны удовлетворять и сообщения, которые делаются

больными без предварительной подготовки (специалист предлагает на выбор несколько тем, доступных пациенту).

Продолжительность работы с аппаратом над текстами и сообщениями без предварительной подготовки — 5... 10 мин.

На этом этапе курса лечения, примерно через 1,5 мес. после сеанса внушения, специфика логопедической работы с больными 1-й группы заключается в том, что при тренировке текстов аппарат все чаще отключается. Эффект задержанной речи больной использует как пусковой момент, дающий ему возможность войти в нужную речевую колею. При ухудшении речи больной снова прибегает к помощи аппарата. Таким образом, осуществляется правильная психологическая установка, позволяющая рассматривать аппарат не как речевой протез, без которого невозможно обойтись, а как средство достижения здоровой речи без аппарата.

Для больных 2-й группы, которым «АИР» при тренировке самостоятельной речи помогает в меньшей степени, возможно одновременное использование аппарата и применение некоторых лого- и психотерапевтических приемов. Так, например с успехом может быть применен прием моноритмической речи. Моноритмизация заключается в выделении ударением всех слогов в словах, входящих во фразу. Интонация во фразе должна остаться естественной. Этим приемом достигаются большая слитность и четкость речи больного.

В тех случаях, когда у больного преобладает тонический тип судорог, наблюдаются сопутствующие и ритуальные движения, перед логопедическим занятием следует проводить короткие сеансы АТ (3—4 мин). Мышечная расслабленность, ощущение эмоционального покоя и сосредоточенности создают благоприятную почву для более успешного применения аппарата «АИР».

Применение «АИР» в процессе функциональных тренировок в реальной жизни. Примерно за месяц до окончания курса лечения больные начинают активные функциональные тренировки речи в реальных условиях.

Пациенты, использующие аппарат, при желании могут замаскировать корпус «АИР» одеждой; телефон с заушиной прикрывается волосами либо головным убором; ларингофон закрепляется на шее под воротником или косынкой. Но в результате психотерапевтических мероприятий пациенты должны быть психологически подготовлены к тому, чтобы применять аппарат открыто, без всякого стеснения.

Если тренировка в реальных условиях осуществляется успешно и больной говорит без заикания, по указанию руководителя задержка речи на аппарате может быть уменьшена либо аппарат отключается; в случаях ухудшения речи задержку можно увеличить, а также, в отдельных случаях, следует применять облегчающие логопедические приемы (моноритмизация и др.).

Занятия с аппаратом в реальных условиях могут длиться до 30 мин. Если у больного возникает ощущение усталости, напряженности, продолжительность тренировки сокращается.

С успехом «АИР» применяется и в условиях лечебно-тренировочных конференций. Спокойная манера поведения, умение незаметно менять режим работы аппарата подготавливает пациентов к использованию «АИР» в аналогичных условиях реальной жизни. Мы располагаем сведениями об удачном опыте применения аппарата отдельными взрослыми больными на различных собраниях, совещаниях, защитах диссертаций и пр.

Оценка эффективности применения аппарата «АИР» в курсе комплексного лечения заикания. Итоги лечебно-кор-рекционной работы, проведенной с помощью аппарата «АИР», показали, что в ряде случаев удалось добиться более высокой эффективности устранения заикания (см. табл.). В качестве контрольной группы мы использовали отобранные в алфавитном порядке истории болезни 104 больных (72 человека с тяжелой, 32 — со средней степенью заикания), которые прошли полный курс комплексного лечения без применения аппарата.

Как видно из таблицы, применение аппарата «АИР» дало возможность увеличить количество пациентов, окончивших лечение с оценкой «практически здоровая речь», а число случаев безрезультатного лечения сократилось вдвое.

Таблица

Сравнительные результаты устранения заикания у взрослых и подростков, применявших и не применявших аппарат «АИР» в комплексном лечении

Результат	Без	С

Практически здоровая речь Значительное улучшение речи Улучшение речи Без улучшения речи	24 32 36 12	32 34 32 6
Всего	104	104

Оценка результатов устранения заикания проводилась в соответствии с критериями, указанными в нашей статье о влиянии тяжести логоневроза на эффективность его лечения (Миссуловин Л.Я., 1969).

При работе с заикающимися подростками аппарат «АИР», видимо, может быть с успехом использован не только в лечебных учреждениях психоневрологической сети, но и в логопедических кабинетах детских поликлиник, в школьных логопедических пунктах, а также в специальных школах, в отдельных случаях с заикающимися детьми при неглубокой степени умственной отсталости (ниже об этом мы расскажем более подробно).

Условия «речевых» школ особенно способствуют успешному применению аппарата. Если заикающийся ученик массовой школы, стесняясь своих здоровых товарищей и, нередко, преподавателей, как правило, отказывается использовать на уроке «АИР», то в речевой школе под руководством учителя-логопеда многие заикающиеся подростки могут тренировать свою речь с помощью аппарата как в школьном логопедическом кабинете, так и в процессе учебных занятий.

Систематическое закрепление навыков здоровой речи в наиболее сложной для подростков ситуации, т. е. на уроке, дает возможность хорошо подготовить ученика в психологическом и речевом отношении к дальнейшей самостоятельной жизни — к работе и учебе.

О ЗАИКАНИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ К истории вопроса

Проблема патологии речи у умственно отсталых детей освещена в большом количестве работ по специальной педагогике, психологии и психоневрологии (Г.М. Дульнев, А.Р. Лурия, 1956; Л.В. Занков, 1959; О.Е. Фрейеров, 1964; Р.И. Лалаева, 1995; В.И. Липакова, 1995; и др.)- Тем не менее по вопросам распространения, этиологии, патогенеза и методики устранения заикания у детей со сниженным интеллектом в литературе имеются лишь отдельные, нередко противоречивые высказывания.

Так, В. Айрлэнд, специально не занимаясь изучением частоты распространения заикания у детей-олигофренов, пишет: «Заикание, обусловливающееся, как полагают д-ра Арно, Мюллер и др. спазматическим поражением гортанной щели, не часто встречается у идиотов...»[33] (автор имеет в виду олигофрению. — *Л.М.).*

Большинство авторов придерживаются противоположной точки зрения, считая, что заикание значительно распространено среди умственно отсталых детей.

Р. Крафт-Эбинг, характеризуя речь «тупоумных» и «слабоумных», отмечает, что у них «во многих случаях существуют: в сфере глазных мышц — страбизм<...>, в сфере же речевого аппарата — заикание»[34].

Аналогичное мнение высказывают Г. Эммингауз (1880), Э. Сеген (1903), Филипп и Бонкур (1911), Е.Я. Гиндес (1923), М.Е. Хватцев (1959), М. Зееман (1962), А. Митронович-Мод-жеевска (1965).

Некоторые авторы, не говоря о частоте распространения заикания среди указанной категории детей, констатируют лишь наличие заикания в числе других недостатков речи, которыми могут страдать олигофрены.

Маньян и Легрэн, отмечая у умственно отсталых плохую память и ограниченный словарный запас, пишут: «Что касается до способности выражения слов, то она также бывает расстроена: об этом свидетельствуют заикание, шепеля вость и их видоизменения»[35]. Подобную точку зрения мы встречаем в работах Е.И. Буцковой (1933), Г.А. Каше (1957), В.Г. Петровой (1965).

Отдельными исследователями приводятся конкретные данные о количестве (в процентах) умственно отсталых детей, страдающих заиканием: Рум — 5,7%; Пипер и Г.Я. Трошин —• 7%; А.Н. Грабаров — 23%. Мы, обследовав 548 учеников вспомогательных школ. Ленинграда, обнаружили среди них 30 заикающихся, т. е. более 5% (Л.Я. Миссуловин, 1966).

Несмотря на различные точки зрения, имеющиеся в литературе, приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что заикание распространено среди детей со сниженным интеллектом значительно чаще, чем у нормальных детей (около 2%).

О причинах возникновения заикания у детей, страдающих олигофренией, в литературе можно найти только краткие и немногочисленные сведения.

---

[33] *Айрлэнд В.* Идиотизм и тупоумие. — СПб., 1880. — С. 324.
[34] *Крафт-Эбинг Р.* Учебник психиатрии. — СПб., 1890. — С. 863.
[35] *Маньян и Легрэн.* Вырождающиеся. — СПб., 1903. — С. 81.

Филипп и Бонкур считают, что недостатки речи, в частности заикание, и умственная отсталость у детей порождены одной и той же причиной, а именно аномальным развитием личности ребенка в целом. Это мнение разделяет М.В. Богданов-Березовский (1909), а в качестве ближайших причин появления заикания у олигофренов он выдвигает нарушение процессов дыхания, фонации и артикуляции. О неправильности координации мышц, участвующих в фонации, как о причине возникновения заикания у детей со сниженным интеллектом говорит и Е.Я. Гиндес.

М.В. Богданов-Березовский, разделяя точку зрения Э. Сегена, отмечает, что начало заикания у олигофренов совпадает с периодом развития у них фразовой речи.

Более определенный взгляд о происхождении заикания у отсталых детей высказывает М. Зееман. Он пишет: «...Частое проявление заикания у слабоумных свидетельствует об органических причинах его возникновения, а именно об изменениях в стриопаллидуме. Частые неудачи и затруднения при лечении заикания у слабоумных говорят также об его органической основе»[36]. А. Митринович- Моджеевска также считает причиной заикания у олигофренов органическое поражение головного мозга. Автор говорит о том, что органическое заикание очень часто встречается в случаях умственного недоразвития и обусловливается поражением экстрапирамидной системы и в особенности полосатого тела и бледного шара.

Отдельные исследователи не видят в возникновении заикания у детей со сниженным интеллектом каких-либо особенностей. Так, Е.И. Буцкова, останавливаясь на вопросе этиологии заикания у учащихся вспомогательной школы, указывает причины возникновения этого дефекта речи, характерные для умственно полноценных детей.

По вопросу специфики проявления заикания у олигофренов можно выделить в литературе наиболее общие для ряда авторов положения.

М.В. Богданов-Березовский, Е.И. Буцкова, М.Е. Хватцев, М. Зееман, Л.Г. Парамонова (1965) отмечают, что для заикающихся умственно отсталых детей характерны чрезвычайно многочисленные и тяжелые нарушения звукопроиз-ношения в виде полиморфного косноязычия, лепета, аграм-матизма, звуковых персевераций и т. д. Такое многообразие речевых недостатков у олигофренов свидетельствует о глубоком нарушении их речи в целом.

По наблюдениям Э. Сегена, Р. Крафта-Эбинга, М.В. Богданова-Березовского, М.Е. Хватцева, заикание у олигофренов связано с нарушениями общей моторики ребенка. У умственно отсталых детей «и особенно у тех из них, которые одержимы спазматическими движениями, довольно часто появляется заикание», — пишет Э. Сеген[37].

Слабое, поверхностное дыхание, в особенности короткий речевой выдох у заикающихся детей со сниженным интеллектом отмечается в работах М.В. Богданова-Березовского и М.Е. Хватцева.

По поводу переживаний заикающихся олигофренов в связи с их речевым дефектом отдельными авторами высказываются различные точки зрения.

«Желание сказать что-либо и остаться при этом непонятым, — говорит Е.Я. Гиндес, — является большим несчастьем для ребенка, он страдает от этого, раздражается, теряет душевное равновесие, а главное, тормозит свое умственное развитие»[38].

Несколько иную точку зрения высказывает Л.Г. Парамонова, которая считает, что переживания в связи с речевыми недостатками, звукофобии не являются типичными у олигофренов, страдающих заиканием.

Наиболее правильной представляется точка зрения М.Е. Хватцева. Он подчеркивает, что психические наслоения у олигофренов менее развиты, чем у умственно полноценных школьников, страдающих заиканием, т. е. автор говорит о различном уровне переживаний по поводу заикания у нормальных и отсталых детей.

В литературе имеются некоторые данные и по вопросу методики устранения заикания у детей со сниженным интеллектом.

Успех логопедической работы с заикающимися олигофренами, по мнению Э. Сегена, зависит от умения работать с такими детьми не по шаблону, а подходя к каждому случаю строго

---

[36] *Зееман М.* Расстройства речи в детском возрасте. — М., 1962. — С. 277.

[37] *Сеген Э.* Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно ненормальных детей. — СПб., 1903. — С. 147.

[38] *Гиндес Е.Я.* Дефективные дети. — Баку, 1923. — С. 69.

индивидуально, на основе тщательного изучения педагогом особенностей личности умственно отсталого ребенка. Это мнение разделяют Филипп и Бонкур, М.В. Богданов-Березовский, Е.Я. Гиндес, М.Е. Хватцев. Эти же авторы подчеркивают необходимость развития умственных способностей в процессе устранения речевых недостатков, в частности заикания, у отсталых детей.

Для воспитания правильной речи заикающихся детей с олигофренией Е.Я. Гиндес рекомендует пользоваться как общими приемами развития интеллекта ребенка, так и местными способами — массажем лицевых мышц, артикулятор-иыми упражнениями, произношением слов с орехом во рту, общей ритмической и дыхательной гимнастикой, электризацией языка и мышц лица при параличе, скандированным произношением фраз и т. д. По мнению автора, помимо других мероприятий следует также широко применять продолжительное молчание, прерываемое уроками модулированного пения и декламацией.

Проводить специальную работу по развитию дыхания, голоса, артикуляции, моторики при устранении заикания у учащихся вспомогательной школы рекомендует и М.Е. Хватцев.

В его же работах мы находим указания на психотерапевтические приемы преодоления заикания у олигофренов: «С заикающимися воздействие на психику применяется в форме подбадривания и внушения, в форме приказа»[39].

Некоторые авторы, не учитывая особенностей детей с олигофренией, при устранении у них заикания предлагают использовать методы, которые применяются в аналогичных случаях к умственно полноценным детям. «.. .Там, где оно (заикание. — *Л.М.)* проявляется — указывает В. Айр-лэнд, — требует того же лечения, какое предлагается в подобных случаях нормальным детям»[40]. Эту точку зрения разделяет Е.И. Буцкова.

На основании приведенных данных можно сделать вывод о том, что особенности возникновения, проявления и устранения заикания у олигофренов при сравнении этой категории детей с учащимися массовой школы, страдающими заиканием, недостаточно изучены.

О продолжительности и результатах работы по преодолению заикания у детей со сниженным интеллектом в литературе также имеются лишь краткие и противоречивые сведения.

Е.Я. Гиндес считает, что при соблюдении приведенных выше рекомендаций можно добиться устранения заикания у отсталых детей в течение двух-трех недель.

М.Е. Зееман, не говоря о сроках работы, отмечает, что при устранении заикания у олигофренов специалист встречается со значительными затруднениями, частыми неудачами.

Наиболее реальным нам представляется мнение по этому вопросу М.В. Богданова-Березовского. В приведенных им историях болезни заикающихся олигофренов он указывает, что значительного улучшения речи детей ему удалось добиться за зимний сезон.

Из краткого обзора литературы видно, что вопросы заикания у детей со сниженным интеллектом представляются достаточно важными для дальнейшего научного исследования как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Е.И. Кириченко и Б.А. Леденев (1979) отмечают, что большое значение в улучшении нервно-психического развития детей-олигофренов имеют логопедические мероприятия, направленные на формирование речевых функций и устранение дефектов речи.

Особенности возникновения и течения заикания

На протяжении многих лет, в разное время, мы имели возможность проводить коррекционно-логопедическую работу с заикающимися детьми и подростками, страдающими легкой степенью олигофрении (всего 28 человек в возрасте от 7 до 17 лет). Также к нам обращались за логопедической помощью несколько взрослых умственно отсталых людей, желавших вылечить заикание. Некоторые из них приходили в логотерапевтический Центр по инициативе родных и быстро посещения прекращали.

Учитывая, что при выраженных степенях интеллектуального недоразвития компенсаторные возможности значительно ниже, чем у больных с легкими степенями олигофрении (Е.И. Кириченко, Б.А. Леденев, 1979), а также принимая во внимание собственный опыт работы во вспомогательной школе, мы устранением заикания у детей-имбецилов систематически не занимались, так как

---

[39] *Хеатцев М.Е.* Логопедия. — М., 1959. -- С. 445.

[40] *Айрлэнд В.* Идиотизм и тупоумие. — СПб., 1880. С. 324.

отдельные попытки работы с такими больными положительных результатов не дали. Ниже мы будем говорить о заикающихся детях, страдающих в основном невыраженной дебильностью.

Эти дети были обследованы детским психиатром, психологом и логопедом. В результате комплексного обследования были собраны подробные анамнестические сведения. Проводилось описание психического статуса больного, которое с учетом клинико-психологического исследования позволяло сделать вывод о поведении ребенка, о его ориентации в окружающей среде, определяло круг знаний, представлений, словарный запас заикающегося и степень снижения интеллекта (по Векслеру). При логопедическом обследовании внимание уделялось следующим вопросам: особенности речевого развития (сроки появления гуления, лепетной речи, первых слов и фраз, возраст и причины, со слов родителей, возникновения заикания, своеобразие фонематического анализа и синтеза, голоса, артикуляционного аппарата, наличие нарушений звукопроизношения). Исследовались различные виды речи: самостоятельная, чтение (у старших школьников), автоматизированная, ритмизированная, сопряженная, отраженная, шепотная. Устанавливался тип и локализация речевых судорог, наличие сопутствующих и ритуальных движений, проверялся темп речи и общих моторных навыков, устанавливался тип речевого дыхания. Проводилось исследование нейропсихологических проб (состояние орального и динамического праксиса по А.Р. Лурии и Д.С. Озе-рецковскому) и проб на скрытое левшество. В результате комплексного обследования был выявлен целый ряд особенностей, характерных для этой группы заикающихся.

Основное отличие заикающихся со сниженным интеллектом от умственно полноценных детей, страдающих заиканием, заключается в том, что речевые расстройства детей с олигофренией тесно связаны в подавляющем большинстве случаев с задержкой психофизического, речевого развития и с нарушением моторики ребенка.

Как правило, движения детей с олигофренией были плохо координированы, темп движений нарушен: у эретичных и дисфорических (по Д.Н. Исаеву) — ускорен, у торпидных — замедлен; нарушены также плавность, ритмичность общих и артикуляционных движений, наблюдались выраженные нарушения динамического и орального праксиса; в 75% случаев было обнаружено скрытое левшество.

При обследовании речи и выяснении истории возникновения речевых недостатков у детей была выявлена следующая картина: речь 22 человек из 28 обследованных развивалась с большой задержкой (первые слова появились после двух лет, фразовая речь — к 3—4 годам) и у этих же 22 человек наблюдались различные формы дизартрии. Из анамнеза видно, что заикание у обследованной группы детей появилось не в 3—5 лет, как обычно бывает у детей с нормальным интеллектом, а позднее, в возрасте 5—8 лет, развивалось не в острой форме, и факт возникновения заикания родители во многих случаях не связывали с какими-либо видимыми причинами. Поэтому можно думать, что заикание у детей со сниженным интеллектом возникает обычно без психогенных «пусковых механизмов», а как системное нарушение речи органического генеза. Однако нам приходилось наблюдать случаи возникновения заикания у данной категории больных и в результате затянувшейся психотравмирующей ситуации на фоне развития ас-теноневротической симтоматики.

Появление заикания у детей со сниженным интеллектом совпадает с периодом формирования у них более сложных логико-грамматических конструкций. При обследовании было выяснено, что у большинства наших пациентов словарный запас беден, речь аграмматична, у многих наблюдалось нарушение фонематического слуха, преобладание конкретных форм мышления.

Обследование также показало, что у многих детей вследствие ускоренных (эретичные олигофрены) или замедленных (торпидные олигофрены) двигательных навыков изменен темп речи; наблюдается слабое, поверхностное дыхание, напряженный, плохо модулированный голос; нечеткая, смазанная артикуляция звуков речи, нарушения звукопроиз-ношения, затруднения при повторении ряда автоматизированных слов, ослабленная, механическая память, склонность к речевым «штампам».

И тем не менее некоторые из обследованной группы заикающихся в возрасте 7—8 лет начинали учиться в I классе массовой школы. В силу перечисленных особенностей дети с программой I класса не справлялись, попадали в число отстающих учеников. Нередко такие дети в результате повышенной возбудимости и двигательной расторможенности, отсутствия устойчивого внимания, вследствие плохого отношения к ним товарищей по классу в связи с характерными для больных особенностями поведения, не могли освоиться с режимом массовой школы и попадали в конфликтную ситуацию, которая являлась причиной развития невротической симптоматики. Все это

также в определенной мере способствовало возникновению заикания у данного контингента учащихся.

Приведем пример.

Больной О., 9 лет. Диагноз детского психиатра: дебильность, обусловленная предшествующей травмой головного мозга в двухлетнем возрасте.

У ребенка при поступлении в логотерапевтический Центр наблюдалось заикание в тяжелой степени, артикуляционно-дыхательная форма, тонико-клонический тип речевых судорог.

В возрасте 7 лет мальчик поступил в I класс массовой школы. С первых же шагов ребенок попал в число отстающих учеников. Дома создалась напряженная обстановка, так как бабушка ребенка, занимающаяся его воспитанием, обвиняла мальчика в лени. В ответ на настоятельные советы врача и учителя задержать мальчика еще на год дома бабушка уговорила учителя оставить ребенка в школе на испытательный срок, а дома заставляла О. усиленно заниматься с репетитором. В итоге — состояние здоровья мальчика резко ухудшилось: появились головные боли, плаксивость, нарушился сон. Отдельные речевые «задержки» переросли в тяжелое заикание. О. был выведен из школы, начал систематическое лечение у детского психиатра, регулярно посещал логопедические занятия. В следующем учебном году мальчик был направлен в I класс вспомогательной школы. Учебный год он окончил успешно, здоровье ребенка улучшилось в результате систематических логопедических занятий, улучшилась и его речь.

Беседуя с детьми, с их родителями и учителями, мы выяснили, что у заикающихся со сниженным интеллектом при общении с окружающими иногда возникают отдельные трудности, переживания, связанные с их нарушенной речью. Так, на вопросы: «Мешает ли тебе твоя речь?», «Почему ты хочешь избавиться от заикания?» — нам отвечали: «Меня дразнят в школе», «Мне трудно отвечать на уроках чтения». Но эти, в общем-то незначительные переживания не вырастают в тот социально значимый комплекс неполноценности, который мы нередко наблюдаем у умственно нормальных детей и особенно подростков, страдающих логоневрозом. В связи с этим логопедическая работа, направленная на преодоление заикания у детей с неглубоким снижением интеллекта, в отдельных случаях проходила успешнее, чем с теми заикающимися, у которых при нормальном интеллекте наблюдались выраженные вторичные логоневротические реакции (страх речевого общения, фобии отдельных «трудных» звуков речи, защитные ритуальные, навязчивые движения и пр.).

Заикающиеся с легкой степенью дебильности, отличаясь повышенной внушаемостью в сравнении с нормальными детьми, не анализируют свои ощущения, не ставят под сомнение требования врача и логопеда. Все то, что значительно мешает больному логоневрозом — неуверенность в успехе лечения и логопедических занятий, постоянный анализ своих переживаний, болезненное отношение к речевому «срыву» и пр. (заикающиеся, акцентуированные по психастеническому типу), — в лечебно-профилактической работе с больными со сниженным интеллектом отсутствует или значительно менее выражено.

В связи со сказанным может возникнуть вопрос: если у обсуждаемой категории заикающихся нет выраженной фиксации внимания на своей речи, является ли целесообразной организация логопедической работы с ними?

Мы считаем, что такую работу проводить нужно. Опыт наблюдения взрослых людей с неглубокой степенью дебильности, страдающих заиканием, показывает, что у некоторых из них при определенных обстоятельствах может возникнуть желание (возможно, недостаточно сильное и целенаправленное) избавиться от своего речевого нарушения, так как они хотят быть такими, «как все», а заикание их еще более отличает от здоровых, мешает их социальной адаптации.

Специфика лого- и психотерапии

В связи с вышеизложенным комплексный медико-педагогический процесс устранения заикания у детей и подростков со сниженным интеллектом имеет ряд специфических особенностей. Детским психиатром назначаются больным лекарственные препараты, соответствующие симптоматике и психологическим особенностям каждого конкретного пациента (стимулирующие психическое развитие, противосу-дорожные, седативные средства и пр.), ребенок направляется на физиотерапевтические и водные процедуры.

Методические приемы логотерапии предусматривают не только преодоление заикания у детей со сниженным интеллектом, но и развитие их мышления, речи в целом, оральной, ручной и общей моторики.

Уже на самых ранних этапах логопедических занятий (работа проводилась в небольших группах по 3—4 человека, курсами в 6—8 месяцев, три раза в неделю) нашим пациентам приходилось уделять

внимания и времени значительно больше, чем заикающимся с нормальным интеллектом. Прежде всего мы сосредоточивались на развитии их моторных навыков. Эти формы коррекционной работы можно подразделить на 3 основные группы.

1. Развитие общей моторики. Упражнения предусматривают воспитание у детей тормозного процесса (что особенно важно для возбудимого типа), координации, плавности, ритмичности движений. Например, упражнение: «ходьба с приставкой ноги на определенный счет». Под счет специалиста больной проходит по кабинету и приставляет одну ногу к другой на заданной цифре. Темп движений, медленный или более активный, задается счетом логопеда. Задание звучит таким образом: «Пройди и сделай приставку ноги на счет 5». Точно на указанной цифре ребенок должен приставить ногу и остановиться. Специалист выдерживает необходимую паузу, затем цифры меняют — последовательно и в разбивку. Это упражнение полезно и для развития процесса устойчивого внимания. Когда больной начинает успешно справляться с заданием, ему предлагают считать самостоятельно, указав только цифру, на которой о должен приставить ногу.

Таким образом, уже при счете постепенно начинается коррекция темпа речи, плавности, слитности, силы голоса, четкой артикуляции и пр.

2. Развитие ручной моторики. Сюда входят следующие упражнения: отбивание пальцами по столу заданного ритма, пересчет большим пальцем остальных пальцев руки, сорти ровка крупных и мелких пуговиц, одновременные действия обеими руками («реципрокная проба» по А.Р. Лурии) и т. п. Учитывая среди детей большое количество амбидекстров и скрытых левшей, обе руки мы тренировали равномерно.

3. Развитие оральной моторики и тонких движений язы ка. Эта группа упражнений специалистам хорошо известна.

Продолжая систематически проводить указанные выше упражнения, мы приступали к отработке качества здоровой речи на «эталонах» — ряде звуков, цифр, автоматизированных отрезков слов, при чтении наизусть простых и ритмичных стихотворений. Одновременно проводилась работа по коррекции звукопроизношения. Если звук поставить не удавалось или поставленный звук ребенок не мог автоматизировать в речи, мы требовали от больного говорить как можно четче в пределах его возможностей.

Дальнейшая логопедическая работа предусматривала введение натренированных на «эталонах» качеств нормальной речи в простые фразы, некоторые мы составляли вместе с детьми.

Одновременно проводились занятия по расширению словарного запаса больных и по преодолению аграмматизма.

Дети учились синтаксически правильно оформлять фразу, правильно употреблять в речи падежные окончания, окончания глаголов, предлоги и т. д., учились четко отвечать на вопросы и задавать их.

Речевой материал для логопедических занятий подбирался с учетом возраста, класса и степени развития ребенка. Как правило, нами использовались темы текущих уроков русского языка, чтения, истории, географии, а также материалы внеклассного чтения детей.

В процессе работы мы обратили внимание на то, что для заикающихся больных со сниженным интеллектом наиболее легким видом речи (после сопряженной и отраженной) является чтение (имеются в виду подростки, умеющие читать достаточно бегло). Наиболее сложные виды речи — спонтанная диалогическая. Относительную легкость чтения у наших пациентов-подростков можно объяснить тем, что они, очевидно, при чтении не испытывают затруднений, связанных с подбором нужных слов и правильным грамматическим оформлением своей мысли. Видимо, эти моменты значительно осложняют спонтанную и вопросно-ответную речь данной категории заикающихся.

При тренировке диалогической речи мы столкнулись с наклонностью наших пациентов к образованию речевых шаблонов, основанных на механическом запоминании определенного речевого материала. Применение речевых шаблонов, стереотипов не требует от детей усиленной работы мысли, с другой стороны, прибегая к этим шаблонам, дети стараются формально удовлетворить требования специалиста, т. е. они как бы идут по линии наименьшего сопротивления.

Так, больная Г., 12 лет, в течение двух месяцев на занятиях, когда ей предлагали что-либо спросить у других членов группы, регулярно пыталась задавать одни и те же вопросы в определенной, четко установившейся последовательности: «У тебя есть мама?», «Как зовут твою маму?», «У тебя есть папа?», «Как зовут твоего папу?», «У тебя есть брат?» и т. д.

Когда Г. обращалась с последним вопросом к мальчику М., у которого брата не было, она в начале курса занятий, несмотря на то, что мальчик ей отвечал: «Брата у меня нет», задавала ему следующий стереотипный вопрос: «Как зовут твоего брата? »

Некоторое время спустя, после трудоемкой работы, проведенной с группой, Г., беседуя на занятиях с И. и подойдя к этому вопросу, замолкала. Когда мы у нее спрашивали: «Почему ты молчишь? » — девочка отвечала: «У Игоря брата нет. Что говорить дальше, я не знаю».

И только через 3—*А* месяца, в результате систематических занятий, во время которых детям для бесед давались определенные темы («Школа», «Окружающие предметы», «Летние каникулы» и пр.), Г. и другие научились разнообразить свои вопросы и точнее связывать их с определенной ситуацией. При этом больные старались говорить четко, громко, ритмично, так, как они произносят речевые «эталоны», т. е. создавали определенные предпосылки для снижения речевой судорожности.

Занятия аутогенной тренировкой, требующие правильного понимания механизмов мышечной релаксации и самовнушения, значительных волевых усилий, самодисциплины и пр., мы для наших пациентов в связи с их интеллектуальными и личностными особенностями, заменили упражнениями на расслабление мышц тела<...> .Эти упражнения вводились в середину логопедического занятия с целью отвлечь больного и дать возможность ему немного отдохнуть от речевой работы.

Для младших школьников в упражнениях по релаксации с успехом применялись элементы игры. Например: «птицы летели, летели, на голову сели» (расслабленными руками дети машут над головой, затем кладут их на голову); «головка хочет отдохнуть, опустилася на грудь». При выполнении этого упражнения, можно ввести элементы внушения: «Я отдыхаю, мне удобно и хорошо, я говорю громко, четко и красиво. Я разговариваю так на логопедических занятиях, в школе и дома...» Для подростков указанные упражнения немного усложняются (взмахи руками над головой, затем руки «сбрасываются» вниз одновременно с наклоном туловища вперед и активным выдохом и др.). Во время отдыха больные садятся в кресло, облокачиваются на спинку, на 2— 3 минуты могут закрыть глаза. Формула внушения также немного усложняется, включая в себя и элементы психологической стороны речевого общения: «...Я совершенно не стесняюсь заикания, спокойно говорю на уроках и дома, лечение мне помогает, я везде стараюсь говорить так, как говорю на логопедических занятиях».

После того как группа овладевает указанным объемом работы, с детьми в .присутствии родителей проводится психотерапевтическая беседа. Ее цель — создать больного бодрое, приподнятое настроение, поощрять его к дальнейшей речевой работе, а также показать, что наши пациенты могут говорить без заикания в различной, даже торжественной обстановке. При помощи специальных логотерапевтических приемов (произнесение речевых «эталонов», сопряженное и отраженное проговаривание фраз, четкий диалог) у заикающихся со сниженным интеллектом вызывается, по возможности, свободная, без заикания речь. Беседа и тренировка речи проводятся исключительно на положительных эмоциях с элементами игры. Учитывая, что у наших пациентов появляется установка на использование приемов, вызывающих улучшенную речь в конкретных условиях занятий в логопедическом кабинете под наблюдением специалиста (т.е. они как бы «отвечают» урок, не задумываясь о том, что хорошая речь должна быть введена и в другие ситуации речевого общения), мы императивное внушение направляем прежде всего на расширение круга ситуаций, в которых дети могут говорить «так, как уже разговаривают на логопедических занятиях» (школа, дом, улица). Одновременно и родительская аудитория получает необходимые советы и рекомендации и наглядно видит, как могут разговаривать их дети и что нужно делать дома для закрепления навыков их улучшенной речи. На этом сеансе мы с успехом применяли и прием « плацебо »-терапии. Медицинская сестра торжественно давала больным выпить «сладкое лекарство» (сахарную пудру), а мы внушали детям, что это лекарство им поможет заниматься речью дома и говорить четко, громко, ритмично, т. е. без заикания, везде и всюду, где бы они ни находились.

Специфика проведения охранительного режима заключается в том, что для наших пациентов не вводится режим «молчания». Вследствие своих характерологических особенностей (отсутствие понимания в полном объеме лечебной цели, неполноценность эмоционально-волевой сферы и пр.) дети не могут молчать в течение 2—3 суток. Они просто должны оставаться дома, находиться в спокойной обстановке и под руководством родителей проводить тренировки речи.

На следующем этапе логопедических занятий, работая с нашими больными, мы учитывали конкретность мышления и снижение памяти, характерные для этого контингента заикающихся. Занятия старались проводить более наглядно, с использованием игрового материала, многократно повторяя те или иные задания.

Во время чтения и пересказа текстов одновременно с коррекцией речи мы проводили и тщательную словарную работу, что способствовало общему развитию детей и вырабатывало у них более устойчивые правильные речевые навыки.

На этом этапе занятий в качестве материала, восполняющего пробелы, выявленные в процессе клинико-психологи-ческого обследования, мы с успехом использовали некоторые дидактические пособия для младших классов массовой школы. Так, при помощи пособия А.И. Воскресенской «Таблицы о форме, величине и расположении предметов», мы, тренируя улучшенную речь детей, закрепляли у них понятия «вверх», «вниз», «середина», «правая и левая стороны», «круг», «овал», «треугольник», «большой — маленький», «больше — меньше», «высокий — низкий», «короче — длиннее» и пр. Также отрабатывали у нуждающихся в этом больных четкие цветовые дифференцировки.

Для тренировки речи и выработки умения у заикающихся детей со сниженным интеллектом сравнивать предметы (одежда, мебель, инструменты, посуда и т. д.), выделяя в них существенные отличительные признаки, группировать предметы по общим признакам, производить обобщения и другие несложные логические операции, нами использовались «Пособие для логических упражнений на уроках русского языка в I классе» Н.П. Конобеевского, «Наглядный материал для психолого-педагогического обследования детей в медико-педагогических комиссиях» С.Д. Забранной и др.

Умение детей раскладывать картинки в определенной последовательности, руководствуясь их содержанием, а также составлять рассказы по этим картинкам, мы развивали, пользуясь пособием Т.Г. Дьяконовой и В.М. Федосеенко «Сюжетные картинки по развитию речи во II классе».

Работая с указанной группой заикающихся, мы не ограничивались только кабинетными занятиями, а старались разнообразить обстановку, в которой проводили логопедические тренировки, и закрепляли у больных новые для них понятия и представления. Поэтому, когда у многих детей речь улучшалась, мы начинали совершать с небольшими группами прогулку по городу. Во время прогулок детям давались различные речевые задания. Вместе (привлекая родителей) посещали музеи.

Во время экскурсий в Русский музей, задавая детям вопросы по картинам (выбирались преимущественно пейзажи и натюрморты), мы закрепляли пройденные на занятиях темы: «Времена года», «Животный и растительный мир», «Фрукты и овощи», «Посуда», «Дифференциация предметов по форме, величине, материалу, цвету». Подобные экскурсии не только обогащают детей новыми для них знаниями и представлениями, тренируют их речь и развивают у них элементы абстрактного мышления, но и дают живой, интересный материал для бесед и последующих занятий.

Учитывая, что у заикающихся детей со сниженным интеллектом, как правило, нет большого стимула, желания преодолеть свой речевой недостаток, мы не рассчитывали на упорную самостоятельную работу детей дома. В связи с этим регулярно беседовали с родителями, возлагая на них руководство и контроль над речевой работой больных в домашних условиях. Поддерживая контакты с учителями и логопедами вспомогательной школы, мы сообщали им, какие логопедические требования в настоящий момент предъявляются ребенку.

Анализируя результаты лечебно-коррекционной работы с данной группой пациентов, мы учли значительное сужение диапазона критериев, которые легли в основу результативности лечения заикающихся с нормальным интеллектом (Л.Я. Миссуловин, 1969). Поэтому считаем наиболее целесообразным определять результаты только по двум оценкам: улучшение и практическое отсутствие улучшения состояния речи. Из 28 заикающихся с легкой степенью олигофрении, лечившихся у нас в разные годы, у 20 человек удалось добиться определенного улучшения речи.

Контрольные проверки показали, что у наших пациентов в силу комплекса различных причин, основанных на их психофизических особенностях, наблюдались частые рецидивы заикания. Повторные курсы лечения и логопедических занятий улучшали состояние речи больных.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Некоторые советы заикающимся подросткам, взрослым и их близким, а также пациентам, которые прошли курс лечения по поводу заикания

Уважаемые родители и близкие заикающихся подростков и взрослых!

Помните, что от вашего доброго участия во многом зависит успех проводимой работы. Вы можете не только помогать им в проведении тренировок речи, но и должны поддерживать у своих близких веру в успех проводимых занятий. Не нужно болезненно реагировать на возможные неудачи: любое заболевание, ослабляющее нервную систему, психо-травмирующая ситуация и пр. могут ухудшить речь близкого вам человека. Постарайтесь морально поддержать его, успокоить, создайте ему необходимые условия для занятий, и он преодолеет временное ухудшение речи.

По отношению к подросткам и даже к некоторым взрослым (особенно к мужчинам) не проявляйте гиперопеки, не освобождайте их от посещений магазинов, от выполнения других обязанностей, связанных с активным речевым общением. Это будет способствовать более успешной и быстрой их социально-психологической адаптации.

Особенно хочется предупредить близких заикающегося, который проходил лечение в другом городе, уехав из дома на 1—2 месяца. По его возвращении не устраивайте ему экзамена, не прислушивайтесь настороженно к его речи, не задавайте ему при первой встрече вопросов о результатах лечения. В противном случае он будет себя чувствовать напряженно и может «сорваться», а ваше огорчение зафиксирует рецидив заикания. Дайте возможность вернувшемуся после лечения спокойно «ввести» улучшенную речь в условия своего дома и семьи. Не торопите его демонстрировать хорошие результаты, и он спокойно реализует в жизни рекомендованные приемы.

Не доверяйте различного рода шарлатанам, которые за деньги берутся быстро избавить вас от заикания, возникшего в детстве. Только упорная работа над собой и своей речью, оздоровление нервной системы, длительное закрепление достигнутых результатов приведут вас к успеху.

Миссуловил Л.Я. Заикание и его устранение. — СПб., 1997. — С. 59—97; 108—122; 126—129.

М.Е. Хватцев

Заикание — недуг устранимый

Средства и способы преодоления заикания

Преодоление заикания достигается воздействием не на судороги, а на явления, вызывающие их, и на последствия заикания — психические наслоения, вызванные этим дефектом. Для нормализации высшей нервной деятельности, психики, налаживания правильных отношений с окружающими, улучшения речевой техники необходимо выполнить сложный комплекс мероприятий, в основе которого лежит совместная работа: лечебная и воспитательная (педагогическая).<...>

Оздоровление нервной системы

Заикание, которое, как мы уже отмечали, в подавляющем большинстве случаев связано с тем или иным расстройством нервной системы и является одним из проявлений невроза. Поэтому, приступая к устранению заикания, вначале необходимо обратиться к невропатологу. Его советы и рекомендации, касающиеся состояния вашего здоровья, являются как бы базой, основой, на которой должна проводиться вся работа.

Существует несколько основных элементов комплексной системы устранения заикания. Первым среди них является то, что связано с улучшением здоровья и укрепления нервной системы. Само собой разумеется, следует решительно отказаться от употребления алкоголя, курения и прочих излишеств, подрывающих здоровье, особенно истощающих нервную систему.

Здоровый образ жизни, разумное чередование труда и отдыха, сна и бодрствования, своевременное питание и более частое пребывание на свежем воздухе — вот что прежде всего необходимо для оздоровления организма.

Громадное значение имеет глубокий, без сновидений сон. Особенно полезен дневной сон после работы. Надо помнить, что всякое возбуждение мешает уснуть, а хроническое недосыпание крайне вредно. Следовательно, нельзя волноваться перед сном. После крепкого, нормального сна речь значительно лучше.

Непрерывная физическая работа утомляет не только мышцы, но и головной мозг, поэтому в течение дня следует переключаться с одной целенаправленной деятельности на другую.

В первые 10—15 дней (от начала лечения недуга) необходимо по возможности ограничить физическую нагрузку, уменьшив всякого рода дополнительную работу. Следует иметь в виду, что физическое переутомление нарушает свободное дыхание, сковывает все движения, в том числе и речь.

Настоятельно рекомендуются занятия зимними и летними видами спорта (лыжные прогулки, катание на коньках, плавание, гребля, прогулки по лесу, сбор грибов). При этом необходимо следить, чтобы дыхание всегда было спокойное, равномерное.

Большую пользу приносят ежедневная утренняя гимнастика и водные процедуры. Они способствуют установлению и сохранению нормального ритма работы и нормальной речи в течение всего дня. Очень важно в своей деятельности любые движения, приемы работы выполнять спокойно, неторопливо, ритмично и без излишнего напряжения, не переутомляясь. Необходимо избегать того, что волнует вас, нарушает ритм дыхания и сердечной деятельности (соревнования в беге, в прыжках, футбол, волейбол и пр.).

Закаливание организма должно проводиться систематически и в соответствии с режимом дня. Все процедуры следует выполнять на свежем воздухе или в хорошо проветренном помещении и обязательно при значительно обнаженном теле. Не следует злоупотреблять знойным солнцем, холодной водой и воздухом. Все делается по совету врача.

Правильные занятия физкультурой, закаливание организма оказывают благоприятное воздействие на осанку, координацию движений, а следовательно, улучшают и речевую функцию.

В вашей борьбе с пороком речи серьезным препятствием могут стать некоторые отрицательные проявления психики. Поэтому вам необходимо обстоятельно продумать все, что нарушает ваш психический покой, объективно и беспристрастно обсудить причины неустройства своей жизни, устранить все, что не имеет принципиального значения. При желании всегда можно найти разумный выход из трудного положения. Надо стать выше мелочей. Поступая таким образом, вы добьетесь того, что в повседневной жизни будете чувствовать себя спокойно, уравновешенно, уверенно.

Полезные советы

Известно много людей, которым заикание не помешало стать крупными общественными деятелями, учеными, писателями, поэтами. Они успешно трудятся и живут полноценной полезной жизнью.

Почаще слушайте хорошую мелодичную музыку (не джазовую) и хорошее пение. В обществе держитесь уверенно, с достоинством, больше бывайте на людях и старайтесь завязывать и поддерживать с ними разговор, не страшась возможного заикания. Иногда надо насильно заставлять себя вступать в разговор. Например, как пишет один из страдающих заиканием: «Я начал практиковать выполнение поставленных себе заданий: спросить о цене в магазине, узнать, сколько времени, справиться, как пройти по какому-либо адресу, и т.д. Вначале я испытывал большие затруднения. Каждый раз мне стоило больших усилий задавать вопросы, но я себя пересиливал, робость и смущение подавлял усилием воли».

Активный вид работы над речью (разговор в бытовых условиях) — залог вашего успеха, своеобразный экзамен, проверка результатов работы над собой.

Мы считаем своим долгом предостеречь начинающих борьбу с заиканием от несбыточных надежд на быстрый успех с помощью специалиста-знаменитости. Надо помнить, что устранение заикания — дело сложное и касается нервной системы и психики человека, перестройки сложных речевых навыков. Для успеха требуются время, знание средств и способов устранения заикания. <...>

Прекрасным средством преодоления обостренного, подчас даже болезненного внимания к своему дефекту, является обращение к любимому делу, желание совершенствоваться в своей специальности, стремление к творчеству. Сосредо точение ума, чувства и воли на созидательном труде отвлекают избыточное внимание от дефекта и тем самым ослабляют его, вместе с этим исчезают и связанные с ним тяжелые переживания.

Прежде всего надо самому относиться к своему дефекту в какой-то мере снисходительно и выдержанно, как к временному явлению.

Работа над собой

Критическое познание самого себя включает анализ своей личности (взгляд на жизнь, отношение к труду, к людям, характер, привычки, волевые и эмоциональные качества, отношение к дефекту речи). Самопознанию очень помогает сопоставление себя с другими в отношении речи. При этом, наблюдая у себя те или иные недостатки по сравнению с другими лицами, не огорчайтесь, сохраняйте человеческое достоинство, не считайте себя хуже других, не мобилизуйте духовные силы на выравнивание своего отставания.

Самопринуждение и самообладание. Систематически заставляйте себя усилием воли, вопреки привычной судорожной речи, связанной с волнением, чувством страха и т.п., говорить спокойно, уверенно, плавно. Сдерживайтесь от всяких проявлений, вызывающих заикание (поспешное и непродуманное высказывание, робость и пр.). Строго придерживайтесь правил плавной речи. Проявляйте самообладание в отношении речи в неблагоприятных для вас ситуациях. Разъясняйте и внушайте себе мысль о полной возможности говорить без заикания, настойчиво убеждайте себя в этом.

Такое самовоспитание обязательно должно протекать в коллективе — в семье, среди товарищей по учебе, совместной работе и т.п. Поэтому не чуждайтесь окружающих вас, а всемерно привлекайте их в помощь себе для овладения нормальной речью.

Начинать занятия, как это ни странно, надо с молчания. Первые пять-шесть дней постарайтесь совершенно ни с кем не разговаривать или, если это невозможно, говорите как можно меньше. Вместо устной речи общайтесь при помощи жестов или письменно.

Для чего это делается? Предстоящие занятия требуют определенной психологической подготовки; период молчания и будет являться ею. Кроме того, общение при помощи жестов и письма приучит вас к медленному темпу речи. В итоге все это ослабит и речевые судороги.

В первое время после периода молчания почаще и без присутствия посторонних разговаривайте с детьми. Опыт показал, что заикающиеся, разговаривая с малолетними детьми как с менее взыскательными собеседниками, говорят спокойно, медленно, меньше заикаются.

При любой деятельности человека весь его организм находится в состоянии напряженности, готовности выполнить то или иное действие. Это состояние называется «рабочей позой» или «осанкой», «выправкой». *Правильная поза* всего тела улучшает жизненные процессы: дыхание, кровообращение, а следовательно, и деятельность мозга, регулирующего, в частности, осанку и нашу устную речь. Вот почему, перед тем как начать говорить, необходимо придать телу выгодную позу: ноги стоят крепко, грудь и плечи развернуты, голова поднята.

Во время речи обязательно смотрите в глаза слушающим вас. Этим преодолевается свойственная многим заикающимся стеснительность, робость, вырабатывается смелость, сила воли. Кроме того, в обращенных к вам глазах и лицах людей вы найдете для себя психическую опору,

поддержку, что в свою очередь побудит вас глубже вникнуть в содержание своей речи, почувствовать отношение к ней собеседников: понимают ее или нет, нравится она или не нравится?

Помимо того что все это крайне необходимо для установления контакта со слушателями, вы будете все более и более отвлекаться от внешней стороны речи, — следовательно, от своего заикания. Наконец, такая общепринятая манера разговора — это правило вежливости.

Прежде чем начать разговор, на какое-то мгновение задержитесь, чтобы подавить свое волнение и собраться с мыслями; затем, свободно вдохнув, сразу же, без малейшей задержки дыхания, не торопясь, уверенно начинайте говорить, сосредоточив все внимание на том, что хотите сказать. Произносите слова медленнее привычного.

Многие из заикающихся стесняются говорить медленно: они думают, что такая речь является странной, трудной для восприятия и даже смешной. Эти опасения неверны. Во-первых, среди нормально говорящих людей немало людей, пользующихся медленным темпом речи; ее все понимают, и никому она не в тягость. Во-вторых, научно доказано, что заикающийся, переключившись на замедленную речь и этим уменьшив число судорог, читает текст в два раза скорее, чем при своей обычной речи.

Начало слов и фраз произносите плавно, легко, без напряжения, так, как вы говорите: «Ах, как приятно греться на солнышке», или: «Как я рад видеть вас».

Для того чтобы это звучало вполне естественно, нормально, большое значение имеет настроение, самочувствие, причем такое, когда, как говорят, душу распирает, петь хочется. При дурном расположении духа, плохом настроении произношение получается жестким, напряженным, с оттенком гнева и даже злобы. Понятно, что такое произношение делу не поможет. Оно может вызывать заикание и не у заикающегося. Вот почему так важно быть бодрым, жизнерадостным даже в тех случаях, когда для плохого настроения имеются причины.

Кроме того, попробуйте говорить более низким или более высоким голосом. Это в свою очередь также играет немалую роль, и если не устраняет совсем, то, во всяком случае, уменьшает заикание. Словом, используйте любые приемы, так или иначе изменяющие вашу привычную манеру говорить, и вы убедитесь в том, что каждый такой прием уменьшает, а нередко и вовсе устраняет заикание.

В случае появления судороги не смущайтесь, тем более не теряйте самообладания, а на мгновение прервав речь и спокойно вздохнув, продолжайте говорить, но медленнее, уверенным голосом с мыслью: «Вот теперь скажу хорошо». Ни в коем случае не пытайтесь насильно преодолеть судорогу: чем больше будете напрягаться, тем сильнее она проявится.

Хорошо сказывается на устранении заикания участие в художественной самодеятельности, работа в драмкружке, во всякого рода инсценировках — драматизациях, чтении в лицах отрывков из художественных произведений и т. п.

В этих случаях ваше внимание сосредоточивается на возможно более точном отражении характера и поведения изображаемого героя, и в этот момент, незаметно для вас, заикание само по себе исчезает.

Кроме рекомендованных нами средств преодоления заикания не прибегайте ко всякого рода приемам, называемым « уловками », « ритуалами », якобы облегчающими вашу речь. Сюда относятся: замена слов и даже фраз, в которых имеются, по вашему мнению, «трудные» звуки, другими; вставка в речь лишних гласных звуков («а», «э») и слов («значит», «так сказать» и т. п.), маскирующих заикание; жесты (прикрытие рукой рта и т. д.). Все это еще больше осложняет речь и, следовательно, усиливает заикание. Вместо всякого рода технических ухищрений сосредоточьтесь на высказываемых мыслях и поддерживайте у себя веру в возможность везде и всегда говорить свободно, легко, без запинок.

Установите наиболее благоприятное и удобное для вас время в течение дня, когда сможете внимательнее следить за своей речью, тренироваться в правильном разговоре (обычно это первая половина дня). Усиленно следить за речью в течение всего дня в первое время бывает трудно.

Все приведенные рекомендации можно свести к кратким основным обязательным моментам общего характера:

Правила речевой деятельности:

1. Придай телу собранную, уверенную позу, успокойся и смотри в глаза слушающим тебя.
2. Подумай, вдохни и медленно слитно говори[41].
3. Длинные фразы произноси по частям и не торопясь, вдыхай воздух в паузах между ними.
4. Говори достаточно громко, без напряжения, отчетливо произнося ударные гласные звуки.

---

[41] Это правило следует выполнять особенно тщательно, а именно: прежде чем говорить, ясно представьте себе, что именно будете говорить, чтобы не останавливаться из-за отсутствия мысли или перестройки ее; вдох сделайте легкий, без напряжения; говорите медленно; но не делайте речь неестественно тягучей (примерно 10 звуков в секунду); слова сливайте друг с другом так, чтобы предложение или его часть произносили как одно длинное слово («яужехорошоговорю»).

5. При неудачах остановись, успокойся и, слегка вздохнув, уверенно, несколько медленнее продолжай говорить,

6. Никогда не прибегай во время речи к уловкам с целью избежать или скрыть заикание.

М.Е. Хватцев. Заикание — недуг устранимый — Л., 1972.—С. 12—23.

Учебное издание
ЛОГОПЕДИЯ МЕТОДИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ
Пособие для логопедов и студентов дефектологических факультетов педагогических вузов
В пяти книгах
Книга II НАРУШЕНИЯ ТЕМПА И РИТМА РЕЧИ
Заикание. Брадилалия. Тахилалия
Зав. редакцией *В.Н. Кирьянова*
Редактор *Г.Л. Стольникова*
Зав. художественной редакцией *ИЛ. Пшеничников*
Компьютерная верстка *А.М. Токер*
Корректор *И.Н. Голубева*
Отпечатано с диапозитивов, изготовленных ООО «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС».
Лицензия ИД № 03185 от 10.11.2000.
Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 77.99.02.953.Д.006153.08.03 от 18.08.2003.
Сдано в набор 14.10.02. Подписано в печать 22.09.03.
Формат 60x90/16. Печать офсетная. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 27.
Тираж 10 000 экз. (1-й завод 1-5 000 экз.). Заказ Я-844
Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС.
119571, Москва, просп. Вернадского, 88,
Московский педагогический государственный университет.
Тел. 437-11-11, 437-25-52, 437-99-98; тел./факс 735-66-62.
Е-та11: у1айоз@йо1.ги
Государственное унитарное предприятие
Полиграфическо-издательский комплекс «Идел-Пресс».
420066, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Декабристов, 2.